

# COORDENAÇÃO REGIONAL E INTERNACIONAL AFRICANA: COMO A COVID-19 AVANÇOU NAS TENDÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO E COOPERAÇÃO SUL-SUL

Camila Castro Kowalski<sup>1</sup>  
Amabilly Bonacina<sup>2</sup>



## Introdução

A África reportou seus primeiros casos de COVID-19 em fevereiro de 2020 e, como no resto do mundo, a doença teve um impacto devastador. Prevendo a gravidade da situação, os Centros Africanos de Prevenção e Controle de Doenças (Africa CDC), assim como a União Africana (UA) e a maioria dos líderes de Estado começaram a preparar o continente a partir da metade de janeiro. Em geral, os países africanos procuraram agir antes que a situação estivesse fora do controle, adotando medidas rigorosas.

Embora a adoção precoce de uma abordagem cautelosa tenha prevenido a importação de novos casos de coronavírus no continente, as medidas adotadas tiveram impacto nas vidas de muitos africanos, principalmente trabalhadores informais que dependiam de viagens e do comércio para viver. Em âmbito internacional, a perturbação que a pandemia causou nos mercados globais impactou diversos Estados africanos que dependem do comércio externo, a ponto do investimento direto estrangeiro (FDI, Foreign Direct Investment, em inglês) atingir seu nível mais baixo desde a década de 1990, com um fluxo

1 Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Email: camila.kowalski@ufrgs.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8296-4513>.

2 Departamento de Ciência Política, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal. Montréal, Canadá. Email: amabilly.bonacina@umontreal.ca. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9517-9303>.

30% menor do que durante a crise de 2008-2009 (UNCTAD 2021). Essas dificuldades econômicas, no entanto, surgiram no momento em que os gastos de governo eram mais necessários, já que a pandemia reforçou a necessidade de investimentos nos setores de saúde (incluindo redes de abastecimento) e de segurança (controle de fronteiras).

Nesse cenário econômico e sanitário desafiador, os Estados africanos tiveram que lidar com um mercado de suprimentos médicos altamente competitivo, desde a compra de equipamentos de proteção individual (EPI) até reagentes e vacinas. Além disso, a situação desequilibrada na África, com alguns países tendo pesquisas médicas avançadas enquanto outros carecem de recursos humanos básicos, significou que uma estratégia comum para combater a COVID-19 tinha que incluir algum tipo de apoio mútuo, permitindo que os Estados compartilhassem tecnologias e estratégias de saúde pública. Esses obstáculos encorajaram uma resposta unida para a pandemia no continente. A adoção de um plano comum, pelo menos em alguns aspectos centrais, tornou mais fácil não apenas a otimização da alocação de recursos, mas também o impedimento de conflitos políticos. Uma posição comum africana também significou mais força para lidar com parceiros externos, doadores e até mesmo vendedores de bens em disputa.

Considerando essas circunstâncias, este trabalho analisa a prontidão da África para enfrentar a pandemia da COVID-19 e o papel da Cooperação Sul-Sul (CSS) nessa crise. Nosso artigo apresenta as descobertas de uma etapa anterior de um projeto de pesquisa sobre os efeitos da COVID-19 na África. Nós analisamos fontes primárias, incluindo documentos governamentais, legislação e discursos, bem como reportagens de jornais sobre as respostas de países africanos à pandemia. Os dados foram coletados ao longo de 2020 pela equipe do Centro Brasileiro de Estudos Africanos (CEBRAFRICA). Por meio de uma análise qualitativa, comparamos as informações dessa base de dados com pesquisas acadêmicas anteriores sobre as organizações regionais africanas e a CSS, examinando assim as tendências de coordenação regional e internacional por parte de atores africanos.

Nosso principal argumento é que, agindo em conjunto, os países africanos poderiam superar assimetrias regionais e planejar diretrizes que possam melhorar as respostas a crises futuras de forma coletiva. Os países africanos foram inovadores e desenvolveram boas medidas para enfrentar a crise atual, o que mostra que eles poderiam, a longo prazo, construir um sistema de saúde emergencial continental, integrado e robusto. Nossos dados também mostram que, além da confluência das respostas africanas, a alta qualidade das relações externas com parceiros como a China e Cuba melhorou a capacidade dos Estados africanos de fornecer uma melhor resposta e de obter acesso a suprimentos vitais de forma mais rápida.

Embora a Tanzânia, Burundi e Madagascar tivessem sua própria agenda para lidar com a COVID-19, a estratégia adotada por esses três países torna-se exceção quando observamos os 54 Estados africanos. E mesmo dentro do próprio continente, cada região tem suas dinâmicas e restrições internas próprias; em geral, tentando lidar com muitos desafios semelhantes. Historicamente, os Estados africanos, apesar de suas singularidades, têm encontrado objetivos e projetos em comum, o que é atestado pela existência de iniciativas a nível continental, tais como o Grupo Africano das Nações Unidas, que data de 1958, a Organização da Unidade Africana, estabelecida em 1964 e a própria UA.

O presente trabalho é dividido em três seções. A primeira seção discute os desafios causados pela COVID-19 aos Estados africanos, em termos de políticas públicas de saúde. A segunda demonstra que as primeiras políticas implementadas durante a crise da COVID-19 seguiram um padrão de respostas coordenadas, das quais a UA e as Comunidades Econômicas Regionais Africanas (RECs, Regional Economic Communities, na sigla em inglês) foram parte crucial, no que diz respeito à preparação de medidas preventivas à pandemia. Na seção final, examinamos como os desafios gerados pela COVID-19 afetaram aspectos mais amplos da política externa dos Estados africanos, dando atenção particular ao modo como a CSS recuperou seu apelo e como a UA e os *Africa CDC* desenvolveram políticas para garantir que a África tivesse uma opinião válida nas negociações globais.

## **Desafios na saúde pública e a criação dos Centros Africanos de Prevenção e Controle de Doenças (Africa CDC)**

A precariedade dos sistemas de saúde nos Estados africanos pós-independência tem sido um problema histórico. Tendo herdado uma estrutura colonial, que negligenciava amplamente as necessidades da população local, os Estados africanos pós-independência teriam que investir grandes somas para construir infraestruturas, formar profissionais de saúde e criar uma rede capaz de alcançar todos os seus territórios. No entanto, esse investimento necessário foi seriamente comprometido, a princípio, devido a guerras civis, guerras interestatais e regimes patrimoniais; e nas décadas de 1980 e 1990 pelas políticas econômicas austeras adotadas.

Apesar da ideologia modernizadora dos movimentos de libertação africanos, o continente ainda era, na década de 1980, muito dependente da exportação de matérias-primas e da importação de bens industrializados (Amin 1995). Ao analisarem essa questão, especialistas do Banco Mundial associaram o ritmo lento do desenvolvimento africano ao mau uso das instituições esta-

tais, assim como à corrupção, e aconselharam que o tamanho do Estado fosse restringido e que a iniciativa privada fosse incentivada. Embora muitos países africanos contestassem essa visão – e até produzissem seu próprio documento, o Plano de Ação de Lagos, argumentando que os choques externos, como a deterioração dos termos de troca de produtos primários e o aumento da dívida, eram a principal razão do subdesenvolvimento da África –, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial continuaram fazendo com que os africanos se comprometessem com as políticas de ajuste estrutural.

Durante a década de 1990, os Estados africanos acabaram trabalhando com um orçamento para investimento social e econômico muito limitado, priorizando compromissos externos. As décadas de 1980 e 1990 são amplamente consideradas “décadas perdidas” para o continente africano, já que ocorreram sérias contrações econômicas. Isso levou à estagnação em vários aspectos, incluindo a saúde. Às vésperas do ano 2000, os africanos já eram consideravelmente mais pobres do que 25 anos antes: enquanto em 1975, o PIB regional *per capita* da África Subsaariana era de 17,6% do PIB *per capita* mundial, caiu para 10,5% em 1999 (Arrighi 2002).

Enquanto em 1972 os países africanos investiam em média 6,2% do seu PIB em cuidados de saúde, em 1982 essa percentagem já havia caído para 5,3% e, em 1995, apenas 1,6% do PIB africano era destinado a esse setor (Anaemene 2020), colocando em risco as suas infraestruturas de saúde. Durante esse período, índices como expectativa de vida, bem como taxa de mortalidade infantil, passaram por uma fase de estagnação. Até o início do século XXI, as doenças infecciosas e parasitárias passaram a representar mais de 40% das mortes na região africana, sendo a malária responsável por 7,6% das mortes e o HIV/AIDS por 12,4% (OMS 2020a). A cobertura vacinal era baixa entre crianças de 1 ano. Menos de 70% dos nascimentos no norte da África e apenas 42,4% na África Subsaariana foram assistidos por profissionais da saúde qualificados, o que levou a uma alta taxa de mortalidade materna e infantil. O número de novas infecções por HIV foi o mais alto do mundo e 32,5% das crianças menores de cinco anos foram afetadas (OMS 2020c, 65).

De acordo com dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no início dos anos 2000, os países africanos representavam apenas 3% da força de trabalho mundial destinada ao setor da saúde e seus gastos com esse setor representavam menos de 1% dos gastos mundiais. Entretanto, esses países tinham que lidar com 24% da carga global de doenças (OMS 2006). As despesas domésticas do governo com a saúde representavam apenas 1,59% do produto interno bruto na África no início do século XXI (OMS 2021b). Os recursos externos estavam se tornando cada vez mais importantes para atender às necessidades do continente. Em 1995, nove países africanos

dependiam de recursos externos para mais de 15% de suas despesas totais com saúde. Esse número subiu para 19 nos anos 2000. Para atender às necessidades mínimas de saúde de sua população, o continente africano passou a depender fortemente da assistência internacional. Em 2009, a África recebeu 40% de toda a ajuda global à saúde (Anaemene 2020).

Uma das consequências deste cenário foi o aumento de novos atores no setor, já que a assistência internacional de saúde muitas vezes não é direcionada para apoiar os sistemas nacionais de saúde, mas é canalizada para ONGs e organizações internacionais. Em 2008, havia mais de 40 doadores bilaterais, 26 agências da ONU, 20 fundos globais e outras 90 iniciativas ativas de prestação de serviços de saúde na África (McColl 2008, citado em Anaemene 2020). Esta situação levou a um sistema fragmentado de assistência à saúde. Em vez de unir forças para alcançar objetivos mais ambiciosos, estes diferentes atores são limitados por suas próprias estruturas. Além disso, sem uma comunicação e coordenação adequadas, era provável que houvesse redundância. Uma arquitetura fragmentada também prejudicou os esforços de transparência e prestação de contas (Anaemene 2020).

Outra questão com a ajuda externa é que ela é normalmente destinada a projetos específicos, em vez de melhorar os sistemas nacionais de saúde de forma mais ampla. Isso contribuiu para o desenvolvimento de sistemas disfuncionais, com má gestão de políticas e priorização de investimentos. Os países que não têm uma instituição nacional de saúde forte são forçados a depender de recursos externos para fornecer cuidados de saúde às suas populações. Estratégias e planejamento de longo prazo são dificultados porque os doadores raramente se comprometem com projetos de longo prazo. Além disso, as doações são frequentemente mal direcionadas para setores de interesse pessoal dos doadores e não para as verdadeiras necessidades do país. Como resultado, os Estados africanos são forçados a aceitar políticas que não planejaram e que não necessariamente desejam (Patterson 2018; Anaemene 2020).

No final do século XX, o continente africano estava mergulhado na estagnação, na marginalização e na dependência. Para superar estes desafios, os líderes africanos decidiram reavivar o conceito de Pan-Africanismo, popular nas décadas de 1950 e 1960. A integração continental através de uma organização mais forte foi a estratégia acordada a fim de reforçar o crescimento econômico autônomo, a paz e uma melhoria dos padrões de vida (Mathews 2011). Em outubro de 2001, em Abuja, Nigéria, foi adotada a Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD), e em julho de 2002, em Durban, África do Sul, foi criada a União Africana (UA).

A UA pretendia atuar em várias frentes relacionadas com o desenvolvimento, incluindo os cuidados de saúde – uma área em necessidade crítica de investimento e planejamento. Reconhecendo que Estados sem integração não tinham orçamento para despesas adequadas de saúde e que os doadores externos que tinham meios para investir muitas vezes não conseguiam resolver questões de maior dimensão, a UA concentrou-se em aconselhar os governos locais e os parceiros estrangeiros no sentido de maior eficiência em seus projetos, muitas vezes encorajando-os a unir forças. Os Estados-membros assinaram um documento, a Estratégia de Saúde Africana (ESA), que recomendava esforços para as questões de saúde mais urgentes, bem como para os objetivos regionais a longo prazo. Foi um plano de oito anos (2007-2015) formulado para servir como uma orientação continental. Ao contrário dos governos nacionais, que muitas vezes não tinham meios para pressionar os doadores a investir em certas áreas, a UA, como representante de 54 (atualmente 55) Estados-membros, poderia ser mais apelativa.

A ESA contribuiu para o progresso significativo do continente no tratamento de epidemias, como o HIV e a malária – questões que requerem envolvimento e investimento constantes, assim como uma ação coordenada em várias áreas do serviço público. Entre 2007 e 2015, o acesso aos tratamentos de HIV aumentou de apenas 10% de cobertura entre as pessoas vivendo com HIV para 51%, e as novas infecções diminuíram (OMS 2020b). Na África Subsariana, entre 2000 e 2015, o número estimado de casos de malária diminuiu 42% e a taxa de mortalidade diminuiu 66% (União Africana 2016). Em 2015, o impacto das doenças infecciosas e parasitárias como causa de morte na África já havia sido reduzido para 31,6% (OMS 2020a). Embora a AIDS continue a estar entre as principais causas de morte em regiões como a África Austral, em todo o continente as mortes devidas ao HIV/AIDS diminuíram para metade entre 2000 e 2015, de 12,4% para 6,7%, respectivamente (OMS 2020a).

Outro aspecto do papel da UA como um divisor de águas no setor da saúde foi o da coordenação acima das fronteiras nacionais. Isso ficou claro durante a epidemia de Ebola de 2014, que atingiu mais de 28.000 casos e mais de 11.000 mortes entre março de 2014 e junho de 2016 - um número impressionantemente alto, em comparação com a soma acumulada de episódios passados de um período de 32 anos (1976-2012), que teve 2.232 pessoas infectadas e 1.503 mortes (Wapmuk, Jaji, e Wapmuk 2015). Foi a primeira vez que os casos de Ebola foram importados via aérea, chegando à Nigéria, Senegal, Espanha, Itália, Alemanha e aos Estados Unidos da América.

O surto mostrou como os países afetados estavam mal preparados para tal crise: embora tenha começado no sul da Guiné em dezembro de 2013, não foi relatado durante três meses, o que contribuiu para a sua rápida propagação (Wapmuk, Jaji, e Wapmuk 2015). Houve também um controle inadequado das ligações rurais-urbanas, bem como uma falta de trabalhadores treinados familiarizados com o vírus da Ebola, o que resultou no contágio da doença por parte de muitos deles (Patterson 2018). Neste cenário, a UA lançou o *African Union Support to the Ebola Outbreak in West Africa* (ASEOWA), em agosto de 2014, para ajudar a conter a propagação da doença. Devido à capacidade da UA em recrutar médicos e enfermeiros através da ASEOWA, a maioria das equipes médicas estrangeiras trabalhando no terreno eram profissionais africanos (OMS 2021a), seguidos por cubanos e chineses.

O vírus Ebola espalhou-se rapidamente durante o surto de 2014-2016, e o fato de, ao contrário de surtos anteriores, ter atingido grandes cidades e até outros países chamou a atenção do público para o vírus. No que concerne a outras consequências, particularmente econômicas, tornaram-se evidentes; tornou-se claro que o Ebola e outras potenciais ameaças à saúde precisavam de ser abordadas como questões graves. Os Estados-membros da UA solicitaram com urgência à instituição, em setembro de 2014, que o estabelecimento do *Africa CDC* fosse acelerado, incluindo o reforço dos sistemas de alerta precoce para abordar todas as emergências de saúde de forma rápida e eficaz (União Africana 2014).

Essa instituição técnica foi oficialmente lançada em 2017, em apoio aos sistemas de saúde pública dos países africanos, melhorando a prevenção, detecção e resposta aos desafios de saúde pública (Musabayana 2016). A nível regional, o *Africa CDC* trabalha através dos Centros de Colaboração Regional (CCR), que têm laboratórios que compõem a Rede Regional Integrada de Vigilância e Laboratório (Nkengasong et al. 2017).

Em 2016, foi lançada uma segunda edição da Estratégia de Saúde Africana, com o objetivo de um período mais longo, de 14 anos. A ESA 2016-2030 continha atualizações e colocou a estratégia de saúde no âmbito da Agenda 2063, um quadro estratégico continental para a procura de um desenvolvimento sustentável e inclusivo. A orientação de 2016 incluiu lições aprendidas com a epidemia de Ebola e destacou a importância de melhorar a coordenação da resposta aos desastres. Também destacou a necessidade de reconstruir e reforçar a segurança sanitária em todos os países africanos, uma vez que as consequências das emergências sanitárias são locais, nacionais, regionais e continentais (União Africana 2016).

## Uma resposta coordenada a nível continental

As decisões tomadas a nível provincial, nacional e regional foram fundamentais para deter a propagação do vírus da Ebola até 2015. Após declarar estado de emergência, os governos de Serra Leoa e da Libéria, por exemplo, foram forçados a ordenar o fechamento de escolas e mercados (Mark 2014). Tal experiência anterior, não só com a capacidade de impor tais políticas públicas, mas também com os resultados que demonstraram para a situação epidemiológica, colocou a África à frente de outros continentes quando a pandemia da COVID-19 começou, uma vez que eram necessárias ações semelhantes.

O transporte foi outra área que exigiu uma coordenação constante tanto para o Ebola como para a COVID-19. A epidemia de Ebola ensinou aos africanos que o controle dos pontos de entrada tinha um impacto significativo na prevenção da propagação de vírus, tanto em termos de passageiros como de carga. Eles observaram que esse esforço foi mais eficaz quando coordenado não só com os vizinhos, mas também com outros Estados que faziam trocas comerciais frequentes com os países mais afetados pela epidemia de Ebola. Organizações regionais como a Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), mas também a UA, tiveram que desenvolver novos protocolos para as viagens regionais interestaduais e colocá-los à frente dos Estados-membros, que então tiveram que chegar rapidamente a um acordo. Aprendendo com esta experiência anterior, quando o novo coronavírus começou a circular no início de 2020, os africanos puderam detectar rapidamente os primeiros casos entre os viajantes e reduzir efetivamente os novos casos importados a um mínimo desde a fase inicial.

O *Africa CDC* começou a preparar o continente para a COVID-19 em meados de janeiro, ativando o seu Centro de Operações de Emergência e o Sistema de Gestão de Incidentes (Fundação Mo Ibrahim 2020). Embora o continente africano esteja hoje mais bem preparado para crises de saúde, com progressos substanciais desde o surto de Ebola, a maioria dos países subsaarianos tem tido os seus sistemas de saúde funcionando em capacidade máxima e a ameaça de uma nova doença seria um desafio (Kapata et al. 2020).

A resposta coletiva africana pode ser dividida em três grandes eixos: prevenção, detecção e vigilância. A COVID-19 tem um “impacto multiplex” e, portanto, requer uma resposta “multiplex”: nos sistemas de saúde, devido à duração média do tratamento de cada paciente nos hospitais, bem como aos suprimentos demandados, incluindo oxigênio, ventiladores e equipamentos de proteção; no setor econômico, devido às restrições de horário de funcionamento e à exposição dos trabalhadores a infecções, particularmente

trabalhadores informais e de cadeias de suprimentos; e nas atividades socio-culturais, devido às suspensões escolares e à interdição de grandes reuniões.

### ***Prevenção, detecção e vigilância***

Uma das primeiras grandes medidas preventivas para a crise foi a criação da Força Tarefa Africana para o Coronavírus Novel (AFTCOR, Africa Task Force for Novel Coronavirus, em inglês)<sup>3</sup>, pelo *Africa CDC*, juntamente com a OMS, a Comissão da UA e os governos nacionais. A capacidade de detectar e conter doenças como o novo coronavírus foi vista pelo diretor do projeto, Dr. Nkengasong, como estando intimamente relacionada com a capacidade dos Estados Africanos para atingirem os seus objetivos de desenvolvimento, devendo, portanto, ter um estatuto de prioridade elevado. A falta de infra-estruturas adequadas para testar o novo coronavírus afetou as capacidades dos laboratórios, especialmente em países pequenos que não tinham tecnologia para processar testes PCR; em países maiores foi a falta de acesso a reagentes que ameaçou a capacidade de teste (Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2020).

Os Estados-membros estavam empenhados em desenvolver planos estratégicos para combater a COVID-19, que foram cruciais para acelerar o processo de resposta de cada país. Isso também inibiu a negligência e a inatividade, o que no caso dos países africanos e da COVID-19 acabou por ser um fenômeno muito raro. A maioria dos Estados africanos formou um comitê ministerial multidisciplinar encarregado de planejar medidas de contenção para o novo vírus, e as RECs estavam, desde janeiro, em alerta da doença (Organização da Saúde da África Ocidental 2020; Secretariado da Comunidade da África Oriental 2020a; SADC 2020a) – mesmo antes de a OMS ter declarado o surto da COVID-19 uma Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional.

A transmissão comunitária na África foi confirmada em março de 2020, pouco depois de a OMS ter declarado a COVID-19 uma pandemia. Embora o encerramento das instalações educativas fosse uma medida destinada a travar a propagação do novo coronavírus internamente, foram tomadas medidas adicionais para evitar a importação de casos para os territórios de cada país. Com exceção do Benin, Zâmbia e Etiópia, cujos aeroportos permaneceram abertos a rotas comerciais, todos os outros países africanos restringiram as chegadas e partidas a voos de repatriação, ajuda humanitária, transporte médico e serviços de frete. A observação do calendário de suspen-

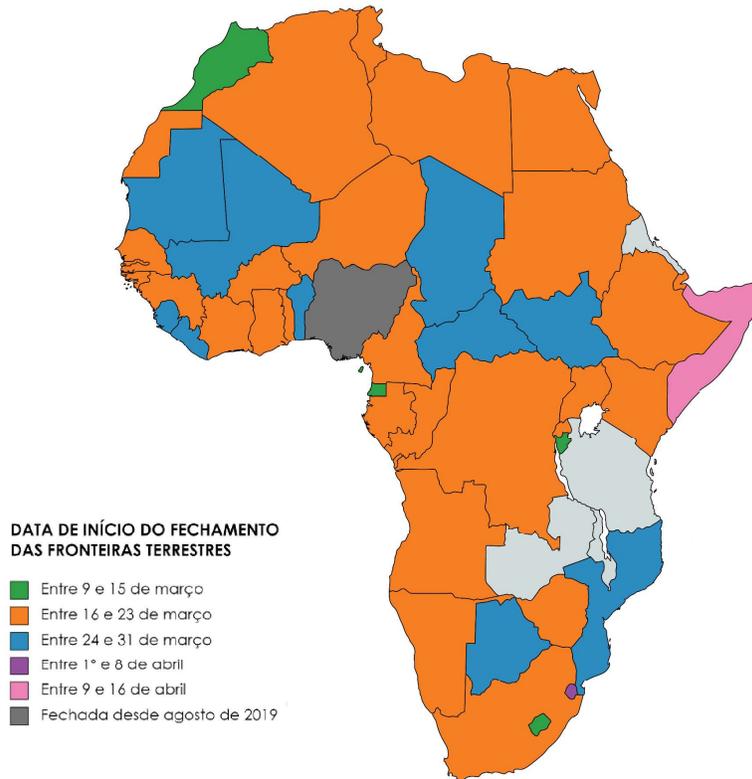
<sup>3</sup> Outras iniciativas foram desenvolvidas pelo *Africa CDC* e pela União Africana, mas não são o nosso foco neste trabalho.

são dos voos comerciais internacionais indica que houve uma coordenação de alto nível na região, em oposição às medidas específicas de cada país. A restrição das viagens aéreas estava menos relacionada com a confirmação de casos de COVID-19 ou mortes do que com a adoção do mesmo calendário que os vizinhos ou parceiros comerciais regionais (Pereira e Kowalski 2020b; 2020a).

Além disso, as fronteiras terrestres também foram fechadas ao trânsito de passageiros: apenas as mercadorias podiam circular e, em alguns países, os motoristas de caminhão foram solicitados a fazer um teste COVID-19 para que pudessem atravessar a fronteira. Em mais da metade dos países africanos<sup>4</sup>, os deslocamentos domésticos também foram restringidos seguindo a mesma lógica, ou seja, mantendo o fluxo de mercadorias, mas interrompendo o trânsito de pessoas. É importante notar que muitos africanos dependem das vendas informais para ganhar a vida – com trabalhadores que viajam das zonas rurais para as cidades, ou de um país para outro para vender produtos agrícolas ou têxteis. Esses trabalhadores informais foram muito afetados pelas restrições de viagem e pressionaram os governos a revertê-las. Apesar do custo político, as restrições de tráfego interno e o fechamento das fronteiras terrestres foram mantidos durante a maior parte do primeiro semestre de 2020 (Pereira e Kowalski 2020b; 2020a). Além disso, no caso do encerramento das fronteiras terrestres, há um sinal claro de uma ação coordenada.

---

4 Encontramos tais medidas em pelo menos 23 países: Argélia, Angola, Benin, Botsuana, Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo (Brazzaville), Costa do Marfim, Gabão, Gana, Guiné Equatorial, Eswatini, Etiópia, Quênia, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Senegal.

**Figura 1 - Calendário do fechamento das fronteiras terrestres**

**FONTE:** Mapa criado com mapchart.net com dados recolhidos de Pereira e Kowalski (2020a; 2020b).

### *Desafios e medidas adicionais*

Três grandes desafios em termos de resposta à COVID-19 surgiram nos primeiros dias da pandemia na África: (i) atrasos dos caminhões de abastecimento nas fronteiras devido às restrições recentemente impostas; (ii) angariação de fundos suficientes para implementar uma vigilância sanitária e prevenção mais rigorosas; e (iii) acesso a fornecimentos altamente disputados (tais como EPI e kits de teste) no mercado internacional. Tais questões foram abordadas tanto pela UA como pelas RECs.

Quanto ao primeiro desafio, em abril, o *Africa CDC* organizou uma reunião com a Organização da Aviação Civil Internacional para garantir que as ações urgentes para conter a propagação da COVID-19 não afetassem a cadeia de abastecimento de medicamentos, equipamentos médicos e alimentos (União Africana 2020). A nível regional, os Estados Membros da SADC e da EAC estabeleceram orientações para o trânsito transfronteiriço (SADC 2020b; Secretariado da Comunidade da África Oriental 2020b) e gradualmente foram assinados acordos maiores, por exemplo entre duas ou três organizações regionais, tais como a Força de Trabalho COMESA-EAC-SADC.

O segundo grande desafio foi o financiamento da implementação das recomendações e medidas preventivas, especialmente capacidade laboratorial, aquisição de kits de teste, treinamento e implantação de quase um milhão de profissionais de saúde, e mitigação dos impactos sócio-econômicos. A UA agiu cedo para abordar esta questão, lançando o Fundo de Resposta COVID-19 de África (Kalondo e Manlan 2020). Bancos regionais, tais como o *Standard Bank* da África do Sul, o Banco Comercial da Etiópia e a divisão queniana do Ecobank, bem como os Estados-membros, contribuíram para o Fundo. Além disso, o *Africa CDC* também recebeu apoio da UA, da OSAO (Organização da Saúde da África Ocidental) e de doadores externos (Kapata et al. 2020).

Por último, garantir o fornecimento de equipamento de proteção foi uma preocupação especial entre os Estados-membros. Testes e recursos laboratoriais eram urgentes, tanto para reduzir o número de casos importados como para criar políticas públicas coerentes com a situação real de cada país. O *Africa CDC* e a UA introduziram em abril a Parceria para Acelerar os Testes COVID-19 (PACT) para aumentar a capacidade de testes e assegurar pelo menos 10 milhões de testes para ajudar a melhorar as políticas e orientações (África CDC 2020b). Além disso, a UA lançou em junho a Plataforma Africana de Fornecimentos Médicos (AMSP, *Africa Medical Supplies Platform*, em inglês), em parceria com o Afreximbank e a Comissão Econômica das Nações Unidas para África (ECA). Esta plataforma sem fins lucrativos permite aos Estados-membros da UA adquirir equipamento médico certificado e vacinas de uma forma transparente e rentável, permitindo a agregação de volume (AMSP 2021).

## O papel da Cooperação Sul-Sul

A Cooperação Sul-Sul (CSS) é definida como uma cooperação orientada pelo princípio do benefício mútuo. Mesmo em relações assimétricas, é possível cooperar em um ambiente vantajoso para ambas as partes, no qual os parceiros podem dialogar e ter mais controle sobre a utilização dos recursos,

promovendo uma relação de autonomia e igualdade política (Mello e Souza 2014). A CSS está altamente ligada à ideia de desenvolvimento – não necessariamente desenvolvimento econômico, mas a ideia de expandir o bem-estar social. Em meados dos anos 1950 e início dos anos 1960, a Conferência de Bandung e o Movimento dos Não-Alinhados foram formados por Estados que haviam sido marginalizados do progresso financeiro e científico, e que utilizaram esses fóruns para reivindicar autonomia e desenvolvimento. Esses países formaram o Terceiro Mundo, um conceito que perdeu muito da sua popularidade após o fim da Guerra Fria, embora a existência de um “Sul geopolítico” (Visentini 2015) ainda esteja muito viva.

A pandemia da COVID-19 demonstrou, mais uma vez, como mesmo quando se lida com o mesmo desafio, as desigualdades entre países levam a resultados muito diferentes. Durante 2020, a maioria dos Estados africanos lutou para adquirir equipamento médico. Isso não foi apenas devido à falta de recursos, mas também porque, na luta para aceder a tais produtos, os africanos foram frequentemente empurrados para o fim da fila, enquanto os Estados mais poderosos tinham prioridade. Em outubro de 2021, menos de 15% dos africanos haviam sido vacinados, enquanto a maioria dos norte-americanos e europeus ocidentais estavam recebendo a terceira dose da vacina contra a COVID-19. Ao longo de 2020 e 2021, a OMS e o *Africa CDC* tentaram enfatizar a importância de reconsiderar a cooperação internacional a fim de ter uma melhor chance de combater esta crise. Neste sentido, a CSS surgiu como um meio de fazer avançar as agendas coletivas e urgentes.

Os parceiros externos, tradicionalmente empenhados na África, têm desempenhado um papel importante no apoio ao continente durante a pandemia da COVID-19. Os doadores ocidentais tenderam a concentrar-se no financiamento de projetos em vez de enviar apoio direto, com poucas exceções (Pereira e Kowalski 2020b; 2020a). Por outro lado, os doadores não ocidentais concentraram-se nas entregas de equipamentos, kits de teste, EPI, vacinas e/ou na contribuição de profissionais médicos.

Embora seja difícil comparar essas abordagens, a entrega direta de itens tem um impacto mais rápido em termos de resposta à COVID-19 em um cenário de escassez de produtos e demanda urgente. Por vezes, durante a pandemia, ter os recursos para comprar os materiais mais controversos não garantia que o país teria acesso a eles. Aprendendo com a história, estima-se que a falta de acesso a medicamentos anti-retrovirais HIV desde meados dos anos 90 até meados dos anos 2000 tenha matado 12 milhões de africanos (Nkengasong et al. 2020). Da mesma forma, nos primeiros meses da última grande epidemia de Ebola, em 2014, “muitos trabalhadores da saúde morreram como resultado de equipamento de proteção inadequado enquanto cuidavam dos pacientes; ironicamente,

uma deficiência material importante foi a falta de luvas de borracha - isto em uma região que tinha um dos maiores exportadores de borracha do mundo” (Chaple e Mercer 2017, 143, tradução nossa).<sup>5</sup> Depois que a COVID apresentou desafios semelhantes em matéria de aquisição, as organizações regionais africanas, como o *Africa CDC*, defenderam a necessidade de assegurar algum nível de autossuficiência em termos de produtos farmacêuticos, considerando o papel estratégico dessas mercadorias (CDC Africa 2020a).

Atualmente, 99% das vacinas usadas na África são importadas, a maioria delas através de mecanismos de aquisição internacional (Irwin 2021). Essa nem sempre foi a realidade. Alguns Estados africanos, como a África do Sul, tinham capacidade de fabricar vacinas no passado, mas abandonaram esses programas em meados da década de 1990 (Makhoana 2013) devido ao uso de patentes para proteger produtos, programas de ajuste estrutural (que comprometiam os orçamentos dos Estados) e dependência de doadores e organizações internacionais, que não necessariamente compram de produtores locais. O mercado africano permanece altamente influenciado pela segmentação induzida pelas políticas de doadores e empresas multinacionais (AVMI, UNIDO, e OMS 2017). No entanto, o fortalecimento da União Africana durante a pandemia da COVID-19, abordada na primeira parte deste artigo, e a Cooperação Sul-Sul, podem mudar este jogo. O *Africa CDC* estabeleceu o objetivo de fabricar localmente 60% das vacinas utilizadas na África dentro de 20 anos (União Africana e Africa CDC 2022).

Esta seção irá analisar dois parceiros com um longo histórico de trabalho com os Estados africanos em quesito de cuidados de saúde e de CSS, bem como a forma como responderam ao pedido de assistência da África durante a pandemia: China e Cuba. Estes dois países têm programas de cooperação com países africanos desde os anos 1960, mas os estudiosos têm tido dificuldade em interpretá-los. Há uma tendência para interpretar os programas Sul-Sul utilizando o mesmo quadro teórico que a ajuda Norte-Sul, o que leva a incoerências. Por exemplo, a cooperação da China com a África foi inicialmente interpretada como um meio para receber apoio diplomático contra Taiwan. Quando a política de uma só China se tornou amplamente aceita e, ainda assim, a cooperação continuou, tiveram de ser encontradas novas interpretações teóricas, e alguns estudiosos insistiram na ideia de que o país asiático manteve a cooperação com África a fim de garantir o fornecimento de matérias-primas. Contudo, há uma indicação de que a relação China-África ultrapassa a realização de objetivos pontuais e tende a ser mantida – e expandida – a longo prazo (Visentini 2011; Gazibo e Mbabia 2012).

5 No original: ““This was the largest single group of specialised collaborators who went to work in the affected region. Many more were needed, but except for Cuba’s, the international response was low and slow” (Chaple e Mercer 2017, p. 144).”

O mesmo se aplica à cooperação de Cuba com a África. Apesar de muitos estudiosos relacionarem a presença de Cuba na África com a sua relação com a ex-União Soviética, Cuba manteve, e em alguns casos até expandiu, a sua presença no continente após o fim da Guerra Fria. A CSS é melhor explicada neste contexto como um meio de formar coalizões e de facilitar a ação coletiva para a mudança no Sistema Internacional. Em vez de ser guiada por perseguições econômicas (no caso da África, pela preservação de fortalezas comerciais e áreas privilegiadas de influência política), a lógica Sul-Sul é guiada pela diminuição das assimetrias interestaduais (o que constitui uma subversão do atual funcionamento do Sistema Internacional). Por esta razão, a CSS está menos ligada a uma geografia específica ou privilegiada (em oposição à África “francófona”, à Comunidade das Nações ou à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa) e mais relacionada com projetos políticos comuns.

Isso não quer dizer que a Cooperação Sul-Sul seja uma cooperação desinteressada. Em suas atividades internacionais, todos os Estados são guiados por interesses nacionais. Enquanto a Cooperação Norte-Sul carece de vontade política para mudar o *status quo* (a existência de um “Norte” geopolítico e de um “Sul” geopolítico), a CSS está ativamente tentando transformar o sistema internacional para quebrar as divisões Norte-Sul. Mais uma vez, esta transformação não se trata de “vencedores” e “perdedores”, nem de um Estado específico que supere o subdesenvolvimento (como é o caso da Coreia do Sul, para citar um). Ela tenta mudar da lógica “individual” para a “coletiva”, ou lógica comum. Isso não é feito como um ato nobre ou “solidário”, mas porque se entende que a disparidade Norte-Sul só pode ser superada compartilhando tecnologia, conhecimento e, em alguns casos, recursos (capital).

Trazendo essa ideia ao nosso assunto, a saúde é um setor historicamente atravessado por uma divisão Norte-Sul. Programas de ajustamento estrutural, em grande parte empurrados para países de baixa e média renda por financiadores ocidentais, tiveram um efeito paralisante nas políticas sociais, incluindo saúde e educação, no mundo em desenvolvimento. Embora os programas de ajuda Norte-Sul possam ser generosos nessa área, a falta de envolvimento das instituições receptoras tem levado a uma perpetuação da dependência (quando não diretamente uma dependência das agências de ajuda dos países doadores, pelo menos uma dependência das ONGs ou organizações internacionais). Por outro lado, a CSS nessa área normalmente envolve um orçamento menor, mas mais transferência de tecnologia, no sentido em que funcionários públicos e profissionais de saúde trocam as suas experiências de sucesso com as autoridades locais.

O *know-how* e a fabricação farmacêuticos têm sido uma fonte mais visível de conflitos Norte-Sul. As patentes, e os direitos de propriedade inte-

lectual em geral, têm sido uma fonte de controvérsia desde a Rodada Uruguaí, em 1994. No final do século XX, as 15 maiores empresas farmacêuticas em termos de venda global de medicamentos prescritos vinham de apenas cinco países: Reino Unido, Estados Unidos, Alemanha, Suíça e França (Turshen 2001). No que concerne às vacinas, em meados de 2008, cinco grandes empresas responderam por mais de 80% da receita global (OMS, UNICEF e Banco Mundial 2009). A Cooperação Sul-Sul no setor farmacêutico poderia, assim, desafiar este mercado altamente concentrado, multiplicando os atores capazes não só de fabricar produtos, mas também de desenvolver as suas próprias patentes, quebrando assim um caminho de dependência e enfraquecendo as instituições que se beneficiam do *status quo*.

### **Cuba**

Desde os primeiros dias após a Revolução, Cuba tem procurado ajudar os movimentos de libertação nacional e os grupos anti-imperialistas em todo o mundo. Isso levou a ilha do Caribe a estar altamente envolvida na política africana nos anos 1960 e 1970, quando os movimentos revolucionários anticolonialistas estavam em pleno andamento (González 2020). Cuba foi o único país economicamente subdesenvolvido a levar a cabo uma política externa para África comparável à das superpotências (Pereira 2016). De fato, até recentemente, Cuba desempenhava um papel mais importante na África do que a China. O apoio cubano não era apenas militar ou diplomático, mas também uma abordagem prática que incluía a educação de profissionais em campos estratégicos, incluindo o trabalho médico e farmacêutico. Já em 1962, a primeira brigada médica cubana chegou à Argélia.

Apesar dos desafios econômicos dos anos 1990, Cuba manteve os seus programas de cooperação no setor da saúde na África. Também manteve programas de bolsas de estudo em escolas médicas locais; apenas da África do Sul, mais de 3.000 médicos formaram-se em Cuba. Além disso, este foi o momento em que, após o crescimento da indústria biotecnológica cubana uma década antes, Havana estava assinando acordos de transferência de tecnologia para produtos farmacêuticos com muitos parceiros. Cuba tinha, em 2009, mais programas de CSS em biotecnologia para a saúde do que a Índia, África do Sul, Brasil, Egito e até mesmo a China. Na África, estabeleceu acordos de transferência de tecnologia com a Argélia (Saïdal Groupe) e África do Sul (Biovac) para a vacina contra a hepatite B (OMS, OPAS e Comissão Europeia 2015).

Durante a epidemia de Ebola de 2014, quando a OMS lançou um apelo à colaboração médica, as autoridades cubanas responderam imediatamente, enviando 256 profissionais de saúde. “Este foi o maior grupo único de colabora-

dores especializados que foram trabalhar na região afetada. Muitos mais foram necessários, mas com exceção da resposta de Cuba, a resposta internacional foi baixa e lenta” (Caple e Mercer 2017, 144, tradução nossa).<sup>6</sup> Além dos especialistas que trabalharam diretamente com o Ebola, havia 32 brigadas médicas cubanas ativas na África em 2014, com 4.048 profissionais (González 2020).

Em 2020, a mesma situação ocorreu: além dos cerca de 4.000 profissionais de saúde cubanos que trabalhavam na África quando a COVID-19 atingiu o continente, foram enviados especialistas para 11 países africanos em 2020, assim como para o Gabão e para Moçambique em 2021. Cuba também ofereceu um acordo de transferência de tecnologia para permitir a fabricação de sua vacina “Soberana 2” em Gana (Ghana FDA 2021).

### China

Os acordos de cooperação a longo prazo entre a China e a África no setor de saúde remontam a 1963, quando os primeiros médicos chineses chegaram à Argélia. As equipes médicas chinesas têm sido muito valorizadas pelos governos africanos desde então e a cooperação médica tem aumentado muito, com mais de mil médicos ativos no continente (Li 2011; Brautigam 2009).

Durante o surto de Ebola em 2014 na África Ocidental, a China desempenhou um papel importante para impedir a disseminação da doença, enviando dinheiro, material médico (EPI, equipamento de esterilização e medicamentos) e cerca de 1.000 médicos, alguns dos quais já trabalhavam no continente (Cui 2019). Concentrando-se no desenvolvimento e capacitação a longo prazo, a China também investiu em instalações de saúde pública e na formação de pessoal de saúde local (em 2015 tinha formado mais de 10.000 profissionais). No segundo Fórum Ministerial de Desenvolvimento da Saúde China-África, realizado em outubro de 2015, “a China comprometeu-se a enviar 1500 trabalhadores médicos (...), e encorajou dez das suas grandes empresas farmacêuticas e de equipamento médico a cooperarem com vários projetos africanos” (Cui 2019, 167, tradução nossa),<sup>7</sup> inclusive através da transferência de tecnologia.

Desde então, a saúde tem sido considerada uma prioridade em termos das relações China-África. Na Cúpula de Pequim de 2018 e na Sétima

6 No original: ““This was the largest single group of specialised collaborators who went to work in the affected region. Many more were needed, but except for Cuba’s, the international response was low and slow” (Caple e Mercer 2017, p. 144).”

7 No original: “China pledged to send 1500 medical workers (...), and it encouraged ten of its large pharmaceutical and medical equipment enterprises to cooperate with various African counterparts” (Cui 2019, p. 167).

Conferência Ministerial do Fórum de Cooperação China-África (FOCAC)<sup>8</sup>, a China comprometeu-se a aumentar a assistência médica aos países africanos e prometeu construir uma instalação para o *Africa CDC* (Ministério dos Negócios Estrangeiros da República Popular da China 2018). Isso está relacionado com a nova abordagem da China em termos de cooperação médica com a África. Apesar da presença histórica dos médicos chineses no continente, e apesar dos seus investimentos em infra-estruturas nos primeiros anos do século XXI, a China reconheceu que poderia ter um impacto mais forte no sistema de saúde africano ao apoiar as organizações regionais, especialmente em termos de acesso a medicamentos básicos e suprimentos médicos (Alcorn 2015).

A ajuda da China à África em termos da pandemia da COVID-19 concentrou-se no fornecimento dos recursos mais urgentes e disputados em diferentes momentos da pandemia. Forneceu suprimentos, incluindo EPI, ventiladores, portões de triagem térmica, kits de teste e reagentes durante o primeiro semestre de 2020 (Pereira e Kowalski 2020b). No primeiro semestre de 2021, a China enviou várias doações de suas vacinas anti-COVID-19: cerca de 4,9 milhões de doses haviam sido entregues até abril de 2021 (Development Reimagined 2021). Além disso, Pequim não interrompeu nenhuma de suas missões médicas acordadas para os Estados africanos. Pelo contrário, enviou novas equipes de especialistas, incluindo profissionais que tinham estado na linha de frente em Wuhan. Durante a pandemia, a China e a África aumentaram os intercâmbios de alto nível na área da saúde, com especialistas chineses com experiência na COVID-19 aconselhando pelo menos sete países africanos e abrindo centros de saúde na África ao longo de 2020 (Pereira e Kowalski 2020a; Xinhua 2020).

## Conclusão

Este documento analisou os principais desafios que a crise da COVID-19 impôs aos países africanos, especialmente durante a sua primeira onda em 2020. Como argumentado, através de medidas coletivas, instituições regionais como a UA e o *Africa CDC* foram capazes de coordenar a resposta à pandemia desde antes de esta chegar ao continente. Os dados mostraram uma adoção sincronizada das políticas públicas, o que reforça a hipótese de que os países africanos procuraram agir de forma conjunta. Além disso, é importante ter em mente que o *Africa CDC* não pretendia estabelecer medidas universais,

---

8 O Fórum de Cooperação China-África (FOCAC) foi criado em 2000. É um fórum trienal, que envolve uma conferência de alto nível, onde são preparados Planos e Declarações de Ação, bem como um mecanismo de acompanhamento para assegurar a implementação dos planos.

nem obrigar os membros a adotar uma abordagem específica em relação ao novo vírus. O seu principal objetivo era servir como um órgão de coordenação desde o nível de Estados-membro até ao nível regional, regional-adjacente e internacional. Ou seja, seu objetivo era servir como referência, apoiando cada estado com informações precisas, conhecimentos, suprimentos, etc.

Em segundo lugar, notamos que a autossuficiência se tornou uma questão ainda mais importante para os líderes africanos depois que ficou claro que a capacidade farmacêutica atualmente instalada não seria capaz de fornecer todas as partes interessadas em escala global, levando os países ocidentais a pressionar as empresas a cuidar primeiro deles. Isso reabriu uma discussão sobre a África desenvolver as suas próprias capacidades de produção de medicamentos e vacinas. Nesse sentido, estimular a produção farmacêutica local geraria um efeito de *spillover*, criando emprego para profissionais mais qualificados e evitando a “fuga de cérebros”. Essa medida contribuiria também para os objetivos de industrialização da maioria dos países africanos.

Embora cada país africano, agindo separadamente, tivesse pouca capacidade de barganha para promover acordos mais ambiciosos de transferência de tecnologia em termos de produtos farmacêuticos, o reforço das instituições continentais africanas após a COVID-19, especialmente o papel-chave renovado do *Africa CDC*, permitiu a assinatura de projetos de longo prazo, que poderiam ser o alicerce para garantir a fabricação de produtos farmacêuticos estratégicos na África (e, assim, evitar a dependência) no futuro. Durante décadas, os africanos têm lutado para garantir um fornecimento estável de vacinas para a sua população, uma vez que os países industrializados se tornaram desinteressados na produção de imunizadores mais baratos. Afinal, a COVID-19 poderia estabelecer o processo de aquisição local para estes produtos. Ao convocar a sua histórica Cooperação Sul-Sul com a China e Cuba, os líderes africanos têm insistido em acordos de transferência de tecnologia relativos às novas vacinas contra o coronavírus, que poderiam ser posteriormente alargados para incluir outros produtos farmacêuticos.

A longo prazo, a África deve concentrar-se na expansão das suas infra-estruturas com o objetivo de diminuir a sua dependência da ajuda externa, evitando ações fragmentadas e estabelecendo as suas próprias prioridades. Através de instituições pan-africanas, e agindo como uma frente unida, a África pode avançar e estabelecer o seu próprio caminho de desenvolvimento. Além disso, deve concentrar-se nas relações que transferem tecnologias e melhoram as competências da população local. No contexto da pandemia da COVID-19, o eixo geopolítico da Cooperação Sul-Sul demonstrou o potencial de contribuir para a autonomia da África.

## Agradecimentos

As autoras gostariam de agradecer a todos os membros da equipe do Centro Brasileiro de Estudos Africanos (CEBRAFRICA) que ajudaram a reunir os dados aqui apresentados através de uma extensa pesquisa realizada em 2020. Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES) – Código de Finanças 001.

## Referências

- Africa CDC. 2020a. *Medical PPE Production in Africa: Promoting Local Manufacturers to Support the COVID-19 Response. A Workshop Report*. Addis Ababa: African Union. [https://media.tghn.org/articles/Mmedical\\_PPE\\_production\\_in\\_Africa\\_-\\_ENG.pdf](https://media.tghn.org/articles/Mmedical_PPE_production_in_Africa_-_ENG.pdf).
- . 2020b. “AU and Africa CDC Launch Partnership to Accelerate COVID-19 Testing: Trace, Test and Track.” *Africa CDC* (blog), 21 de Abril de 2020. <https://africacdc.org/news/african-union-and-africa-centres-for-disease-control-and-prevention-launch-partnership-to-accelerate-covid-19-testing-trace-test-and-track/>.
- African Union. 2014. “African Union’s Executive Council Urges Lifting of Travel Restrictions Related to Ebola Outbreak.” *African Union*, 8 de setembro de 2014. <https://au.int/en/pressreleases/20140908-1>.
- . 2016. *Africa Health Strategy 2016-2030*. Addis Ababa: African Union.
- . 2020. “Joint Statement of the Meeting between Dr Amani Abou-Zeid, Commissioner for Infrastructure and Energy and African Ambassadors to the International Civil Aviation Organisation -ICAO on the Need to Support the Continental Strategy on COVID-19.” *Africa CDC*, 22 de abril de 2020. <https://au.int/ar/node/38389>.
- African Union, e Africa CDC. 2022. “Partnerships for African Vaccine Manufacturing (PAVM) Framework for Action.” *African Union and Africa CDC*, 3 de março de 2022. <https://africacdc.org/download/partnerships-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-framework-for-action/>.
- Alcorn, Ted. 2015. “New Orientation for China’s Health Assistance to Africa.” *The Lancet* 386 (10011): 2379–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01232-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01232-5).

- Amin, Samir. 1995. "Aux Origines de La Catastrophe Économique de l'Afrique." *Africa Development / Afrique et Développement* 20 (3): 5–21.
- African Medical Supplies Platform (AMSP). 2021. "About Us." *Africa Medical Supplies Platform Website*. <https://amsp.africa/about-us/>.
- Anaemene, Benjamin Uchenna. 2020. "External Actors, Good Governance and Healthcare Delivery in Africa." *AUSTRAL: Brazilian Journal of Strategy & International Relations* 9 (17): 267–88. <https://doi.org/10.22456/2238-6912.91982>.
- Arrighi, Giovanni. 2002. "The African Crisis: World Systemic and Regional Aspects." *New Left Review* 15: 5–36.
- AVMI, UNIDO, e WHO. 2017. *VMPA Study: Vaccine Manufacturing and Procurement in Africa*. Cape Town, South Africa: African Vaccine Manufacturing Initiative. <https://www.avmi-africa.org/wp-content/uploads/2017/09/VMPA-Study-e-book.pdf>.
- Brautigam, Deborah. 2009. *The Dragon's Gift: The Real Story of China in Africa*. Oxford [England]; New York: Oxford University Press.
- Chaple, Enrique Beldarraín, e Mary Anne Mercer. 2017. "The Cuban Response to the Ebola Epidemic in West Africa: Lessons in Solidarity." *International Journal of Health Services* 47 (1): 134–49. <https://doi.org/10.1177/0020731416681892>.
- Cui, Shunji. 2019. "China in the Fight Against the Ebola Crisis: Human Security Perspectives." In *Human Security and Cross-Border Cooperation in East Asia*, organizado por Carolina G. Hernandez, Eun Mee Kim, Yoichi Mine, and Ren Xiao, 155–80. Security, Development and Human Rights in East Asia. Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-95240-6\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-319-95240-6_8).
- Development Reimagined. 2021. "Why Have Only 2 African Countries Vaccinated over 10% of Their Populations?" *Development Reimagined*, 9 de Abril de 2021. <https://developmentreimagined.com/2021/04/09/only2africancountriesvaccinated10percent/>.
- East African Community Secretariat. 2020a. "EAC Secretariat Asks Partner States to Step up Surveillance on a Novel Corona Virus (2019-NCoV) Following Outbreak in China." *East African Community Website*, Arusha, 27 de janeiro de 2020. <https://www.eac.int/press-releases/147-health/1656-eac-secretariat-asks-partner-states-to-step-up-surveillance-on-a-novel-corona-virus-2019-ncov-following-outbreak-in-china>.
- . 2020b. "EAC Administrative Guidelines to Facilitate Movement of Goods and Services During the COVID-19 Pandemic." *East African Community Website*. <https://www.eac.int/coronavirus>.

- Gazibo, Mamoudou, e Olivier Mbabia. 2012. "Reordenando as Relações Internacionais: O Fórum de Cooperação China-África." *AUSTRAL: Revista Brasileira de Estratégia e Relações Internacionais* 1 (1): 51-74. <https://doi.org/10.22456/2238-6912.27992>.
- Ghana FDA. 2021. "CEO of FDA Discusses Production of COVID-19 Vaccine with Cuban Ambassador." *Ghana Food and Drugs Authority Website*, 11 de fevereiro de 2021. <http://www.fdaghana.gov.gh/news-media.php?page=72>.
- González, Yoslán Silverio. 2020. "Cuba's Medical Experience in Sub-Saharan Africa: Its Contribution Against COVID-19." *Brazilian Journal of African Studies* 5 (10): 37-61.
- Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2020. "Abordagem diagnóstica de Angola à COVID-19: 'Testar, testar, testar: testar tudo e testar todos.'" *IHMT - Universidade Nova de Lisboa* (blog). Lisboa, 10 de junho de 2020. <https://www.ihmt.unl.pt/abordagem-diagnostica-de-angola-a-covid-19-testar-testar-testar-testar-tudo-e-testar-todos/>.
- Irwin, Aisling. 2021. "How COVID Spurred Africa to Plot a Vaccines Revolution." *Nature*, April 21, 2021. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-01048-1>.
- Kalondo, Ebba, e Carl Manlan. 2020. "The African Union Covid-19 Response Fund: A New Social Contract." *Africanews*, 19 de junho de 2020. <https://www.africanews.com/2020/06/19/the-african-union-covid-19-response-fund-a-new-social-contract-by-ebba-kalondo-carl-manlan/>.
- Kapata, Nathan, Chikwe Ihekweazu, Francine Ntoumi, Tajudeen Raji, Pascalina Chanda-Kapata, Peter Mwaba, Victor Mukonka, et al. 2020. "Is Africa Prepared for Tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) Epidemic. Lessons from Past Outbreaks, Ongoing Pan-African Public Health Efforts, and Implications for the Future." *International Journal of Infectious Diseases* 93 (April): 233-36. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.049>.
- Li, Anshan. 2011. *Chinese Medical Cooperation in Africa: With Special Emphasis on the Medical Teams and Anti-Malaria Campaign*. Discussion Paper 52. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Makhoana, Morena. 2013. "Establishing Human Vaccine Manufacturing in Southern Africa." In *Vaccine Technology IV Proceedings*. ECI Symposium Series. [http://dc.engconfintl.org/vaccine\\_iv/9](http://dc.engconfintl.org/vaccine_iv/9).
- Mark, Monica. 2014. "State of Emergency Declared in Liberia and Sierra Leone after Ebola Outbreak." *The Guardian*, 1 de agosto de 2014, sec. World news. <https://www.theguardian.com/society/2014/jul/31/ebola-outbreak-state-of-emergency-liberia-sierra-leone>.

- Mathews, Kay. 2011. "Renaissance Of Pan-Africanism: The Au And The New Pan-Africanists." In *The African Union And Its Institutions*, organizado por John Akokpari, Angela Ndinga-Muvumba e Tim Murithi. Johannesburg: Jacana Media.
- Mello e Souza, André de. 2014. "A Cooperação Internacional Para o Desenvolvimento Da Índia e Da China." In *Repensando a Cooperação Internacional Para o Desenvolvimento*, organizado por André de Mello e Souza, 251–77. Brasília: IPEA. [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/repensando\\_a\\_cooperacao\\_web.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/repensando_a_cooperacao_web.pdf).
- Ministry of Foreign Affairs of the People's Republic of China. 2018. "Forum on China-Africa Cooperation Beijing Action Plan (2019-2021)." *Ministry of Foreign Affairs of the People's Republic of China Website*. [https://www.fmprc.gov.cn/mfa\\_eng/wjdt\\_665385/2649\\_665393/201809/t20180910\\_679538.html](https://www.fmprc.gov.cn/mfa_eng/wjdt_665385/2649_665393/201809/t20180910_679538.html).
- Mo Ibrahim Foundation. 2020. "COVID-19 in Africa: A Call for Coordinated Governance, Improved Health Structures and Better Data." *Mo Ibrahim Foundation*. <https://mo.ibrahim.foundation/sites/default/files/2020-04/2020-COVID-19-in-Africa.pdf>.
- Musabayana, Wynne. 2016. *The African Union's Intervention in the Ebola Crisis Was a Game Changer*. Addis Ababa: African Union. [https://au.int/sites/default/files/pressreleases/27055-other-article\\_for\\_au\\_staff\\_members.pdf](https://au.int/sites/default/files/pressreleases/27055-other-article_for_au_staff_members.pdf).
- Nkengasong, John, Rachel Idowu, Sheila Shawa, Benjamin Djoudalbaye, Marie-Goretti Harakeye Ndayisaba, e Olawale Maiyegun. 2017. "Establishing the Africa Centres for Disease Control and Prevention: The Upside of a Crisis." *Africa Health* 39 (4): 3.
- \_\_\_\_\_, N., Nicaise Ndembi, Akhona Tshangela, e Tajudeen Raji. 2020. "COVID-19 Vaccines: How to Ensure Africa Has Access." *Nature* 586 (7828): 197–99. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-02774-8>.
- Patterson, Amy. 2018. *Africa and Global Health Governance*. Baltimore: Johns Hopkins University Press Books.
- Pereira, Analúcia Danilevicz. 2016. "Cuba's Foreign Policy Towards Africa: Idealism or Pragmatism?" *Brazilian Journal of African Studies* 1 (2): 106–17. <https://doi.org/10.22456/2448-3923.68321>.
- \_\_\_\_\_, e Camila Castro Kowalski, eds. 2020b. *COVID-19 Na África : Levantamento Das Políticas Públicas, Impacto e Concertação Regional*. Vol. 1. Porto Alegre: CEBRAFRICA.
- \_\_\_\_\_, eds. 2020a. *COVID-19 Na África : Levantamento Das Políticas Públicas, Impacto e Concertação Regional*. Vol. 2. Porto Alegre: CEBRAFRICA.

- SADC. 2020a. "SADC Regional Advisory on the Coronavirus." Southern African Development Community Website, 29 de janeiro de 2020. <https://www.sadc.int/news-events/news/sadc-regional-advisory-coronavirus/>.
- . 2020b. "Final SADC Guidelines on Cross-Border Transport during COVID-19." Southern African Development Community Website, 7 de abril de 2020. <https://www.sadc.int/document/final-sadc-guidelines-cross-border-transport-during-covid19/>.
- Turshen, Meredith. 2001. "Reprivatizing Pharmaceutical Supplies in Africa." *Journal of Public Health Policy* 22 (2): 198–225. <https://doi.org/10.2307/3343460>.
- UNCTAD. 2021. *Investment Trends Monitor Issue 38*. Geneva: United Nations Conference on Trade and Development. [https://unctad.org/system/files/official-document/diaeiainf2021d1\\_en.pdf](https://unctad.org/system/files/official-document/diaeiainf2021d1_en.pdf).
- Visentini, Paulo. 2015. "Editor's Note: Third World or Global South?" *AUSTRAL: Brazilian Journal of Strategy & International Relations* 4 (8): 7-8. <https://doi.org/10.22456/2238-6912.63029>.
- . 2011. "A novíssima China e o Sistema Internacional." *Revista de Sociologia e Política* 19 (suppl 1): 131–41. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782011000400009>.
- Wapmuk, Sharkdam, Ramatu Jaji, e Agatha Eileen Wapmuk. 2015. "The Ebola Pandemic and West African Integration: An Imperative for Strengthening Public Health Capacity." *Journal of Sciences and Multidisciplinary Research* 7 (2): 79–96.
- West African Health Organisation. 2020. "WAHO Statement on the Outbreak of Novel Coronavirus in China." WAHO Website, Bobo-Dioulasso, 27 de janeiro de 2020. <https://www.wahooas.org/web-ooas-prod/sites/default/files/actualites/2124/press-release-coronavirussen-27jan2020.pdf>.
- WHO, ed. 2006. *Working Together for Health. The World Health Report*. Geneva: World Health Organisation.
- . 2020a. "Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2019." *Global Health Estimates 2020*. Geneva: World Health Organisation. <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/advisory-groups/gama/gama-related-resources/gho>.
- . 2020b. "Estimated Antiretroviral Therapy Coverage among People Living with HIV (%)." *Global Health Estimates 2020*. Geneva: World Health Organisation. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv(-)).

- . 2020c. World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organisation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336831>.
- . 2021a. Framework and Toolkit for Infection Prevention and Control in Outbreak Preparedness, Readiness and Response at the National Level. Geneva: World Health Organisation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345251>.
- . 2021b. Global Health Expenditure Database. Geneva: World Health Organisation. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-\(gghe-d\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)).
- WHO, PAHO, e European Commission. 2015. Cuban Experience with Local Production of Medicines, Technology Transfer and Improving Access to Health. Geneva: World Health Organisation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336685>.
- WHO, UNICEF, and World Bank. 2009. State of the World's Vaccines and Immunization. 3rd ed. Geneva: World Health Organisation. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44169/9789241563864\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44169/9789241563864_eng.pdf).
- Xinhua. 2020. "China Hands over Infectious Disease Treatment Center to Mauritania." Xinhuanet, March 31, 2020. [http://www.xinhuanet.com/english/africa/2020-04/01/c\\_138936188.htm](http://www.xinhuanet.com/english/africa/2020-04/01/c_138936188.htm).

**RESUMO**

A África é um dos precursores do mundo em termos de integração política. Já nos anos 1960, a Organização da Unidade Africana tinha 32 Estados unidos sob uma carta comum. Além disso, por meio de projetos conjuntos com parceiros latino-americanos e asiáticos, os Estados africanos juntaram-se a algumas das principais experiências da Cooperação Sul-Sul, particularmente nas áreas de saúde e infraestrutura. Levando este contexto histórico em consideração, este documento examina como a realidade altamente competitiva da pandemia da COVID-19 tem impactado o continente. Argumenta-se que as restrições impostas pelo novo surto de coronavírus fortaleceram o papel da União Africana no avanço da ação coletiva e encorajaram a auto-suficiência. Além disso, analisa-se como a Cooperação Sul-Sul ofereceu uma plataforma para resposta imediata quando o acesso a suprimentos médicos disputados no mercado mundial era difícil. Conclui-se que a crise da COVID-19 contribuiu para consolidar a integração regional africana a longo prazo, bem como sua coordenação com os países emergentes parceiros, com consequências para as prioridades da União Africana em termos de assuntos externos no futuro.

**PALAVRAS-CHAVE:**

União Africana. *Africa CDC*. COVID-19. Saúde Pública. Pan-africanismo. Cooperação Sul-Sul. Comunidades Econômicas Regionais Africanas.

*Recebido em 3 de agosto de 2022*

*Aceito em 10 de agosto de 2022*

*Traduzido por Lauren Mottin Marcolin*