



SAÚDE E GLOBALIZAÇÃO: O COVAX FACILITY COMO FERRAMENTA DE COMBATE ÀS DESIGUALDADES ESPACIAIS NO ACESSO ÀS VACINAS DA COVID-19

Caroline Corrêa Fernandes ¹

RESUMO

O texto analisa as desigualdades espaciais na produção, comercialização e distribuição de vacinas contra a Covid-19, verificando se o COVAX Facility conseguiu superá-las ou foi o responsável por reproduzi-las. Para isso, discutimos a relação entre globalização e saúde, demonstrando que essa conexão vai além da disseminação mais rápida da doença, uma vez que, no contexto atual, verifica-se a atuação evidente das grandes empresas, que assumem, em diversos momentos, funções que eram tradicionalmente dos Estados, como no caso da produção de vacinas. Além disso, analisamos que, com a dissolução desses papéis, as farmacêuticas seguem a lógica capitalista, e não assistencialista, resultando em uma corrida desigual para a compra de vacinas. Assim, o texto busca investigar se, nesse cenário, o COVAX Facility foi capaz de reduzir as desigualdades e ampliar o acesso às vacinas por todos os países do mundo.

Palavras-chave: COVAX Facility, Globalização, Vacinas, Covid-19, nacionalismo das vacinas.

ABSTRACT

The text analyzes spatial inequality in the production, commercialization, and distribution of COVID-19 vaccines, examining whether the COVAX Facility managed to overcome these inequalities or, instead, reproduced them. To this end, we discuss the relationship between globalization and health, demonstrating that this connection goes beyond the faster spread of the disease, since, in the current context, there is evident participation of large corporations that, in several instances, have assumed roles traditionally held by States, such as vaccine production. Furthermore, we analyze that, with the dissolution of these roles, pharmaceutical companies follow a capitalist rather than an assistance-oriented logic, resulting in an unequal race for vaccine acquisition. Thus, the text seeks to investigate whether, in this context, the COVAX Facility was able to reduce inequalities and expand access to vaccines for all countries worldwide.

Keywords: COVAX Facility, Globalization, Vaccines, Covid-19, vaccine nationalism.

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Geografia Humana da Universidade de São Paulo - USP, carolinefernandess@gmail.com.



INTRODUÇÃO

Este texto² analisa como o cenário mundial de produção, aquisição e distribuição de vacinas contra a Covid-19 reproduziu as desigualdades espaciais no acesso aos produtos da saúde e, mais especificamente, aos imunizantes, trazendo as primeiras evidências se os objetivos de equidade do COVAX Facility foram cumpridos apesar dessas desigualdades postas, ou se esse consórcio não conseguiu superá-las e até mesmo foi responsável por perpetuá-las.

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o início da Pandemia da Covid-19. Nesse momento, todos os continentes habitados registravam casos desse novo vírus (UFRGS, 2020) e a população mundial mudava seus hábitos buscando se prevenir em meio às incertezas sobre a forma de transmissão, a possibilidade de tratamento com medicamentos e as medidas mais eficazes de combate ao SARS-CoV-2.

Com uma rápida disseminação do vírus, sistemas de saúde colapsaram, *lockdowns* se multiplicaram e fronteiras foram fechadas. Muitos medicamentos foram testados, mas as vacinas foram vistas como a solução mais promissora para controlar a pandemia. Universidades, centros de pesquisa, agências públicas e empresas farmacêuticas iniciaram as pesquisas para a produção de imunizantes.

Nesse contexto, a relação entre globalização e saúde se tornou evidente. Como indica Santos (2000), a globalização é o ápice do sistema capitalista, quando as grandes empresas globais representam a unidade política de comando, enquanto a produção é fragmentada em vários países. Dessa forma, são as empresas que assumem muitas vezes o papel que era antes do Estado. Na pandemia da Covid-19, foram elas, mais especificamente as farmacêuticas, as responsáveis pela produção dos imunizantes que, como já dito, eram vistos como a melhor solução para superar a pandemia.

A lógica capitalista prevaleceu em um contexto em que a ausência de imunizantes em um país resultava em populações em risco direto para contrair o vírus e suas formas mais graves. Assim, em paralelo às produções, uma verdadeira corrida para a aquisição das vacinas teve início. Os países mais ricos saíram à frente e reservaram, antes mesmo da aprovação dos imunizantes, um grande número de doses. A pandemia da Covid-19, portanto, ficou marcada pelo nacionalismo das vacinas, que foi justamente a prática da aquisição antecipada de diversas doses das vacinas, em detrimento ao acesso global.

² O texto é resultado da pesquisa de mestrado da autora, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - processo 132905/2025-6



O COVAX Facility surge nesse cenário, mais especificamente em maio de 2020, buscando garantir a equidade no acesso às vacinas contra o SARS-CoV-2. O consórcio ficou em operação até dezembro de 2023, tendo distribuído quase 2 bilhões de doses para mais de 140 países (UNICEF, 2025). Ele foi coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Gavi) e pela Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), com cada um desses agentes atuando em partes específicas da iniciativa.

Para atingir seu objetivo, o consórcio visava ser o único intermediário entre as farmacêuticas e os países, diminuindo, pois, a concorrência global. Além disso, a iniciativa classificou os países de acordo com sua renda, indicando quais nações teriam capacidade financeira para arcar com suas doses e quais teriam auxílio financeiro a partir de mecanismos internos.

Visando compreender se o COVAX Facility superou o nacionalismo das vacinas e conseguiu garantir a equidade no acesso aos imunizantes, ou se ele apenas reproduziu as desigualdades espaciais na área da saúde, fizemos uma revisão bibliográfica sobre o tema, buscando analisar os temas principais do trabalho. Além disso, utilizamos o UNICEF Covid-19 Market Dashboard para prospectar dados sobre a produção, comercialização e distribuição de vacinas. Mais detalhes sobre a metodologia empregada podem ser vistos no próximo tópico.

METODOLOGIA

Um dos procedimentos metodológicos utilizados pela pesquisa foi a revisão bibliográfica. Para isso, as bases de informação utilizadas foram o Google Acadêmico, o SciELO, a LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e o *PubMed*, nos quais buscamos publicações sobre a relação entre a globalização e a saúde, o nacionalismo das vacinas, a diplomacia da saúde global e o COVAX Facility. A pesquisa se concentrou em referências em português, inglês, espanhol e francês entre os anos de 2000 e 2025, mas com maior foco nos anos pandêmicos.

Utilizamos ainda algumas bases estatísticas que auxiliaram na compreensão sobre o panorama mundial de distribuição de vacinas contra a Covid-19. A principal delas foi o *UNICEF Covid-19 Market Dashboard*, portal oficial desenvolvido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que reúne dados sobre os acordos de aquisição de vacinas, os imunizantes que foram aprovados em cada país e a distribuição das doses pelo mundo. Esse



portal detalha o cenário de acesso às vacinas para cada nação, o que permite uma comparação entre os diferentes países.

Ademais, através do *UNICEF Covid-19 Market Dashboard* podemos prospectar informações sobre doses adquiridas e distribuídas a partir de acordos bilaterais ou de negociações multilaterais, como o COVAX Facility. Nesse sentido, o portal oferece informações detalhadas sobre esse consórcio, uma vez que a UNICEF fazia parte da estrutura do COVAX, atuando principalmente na distribuição de vacinas. Esses dados são extremamente relevantes para nós, visto que fornecem informações que nos permitem comparar o panorama global com as ações realizadas pelo COVAX. Todos os dados do *UNICEF Covid-19 Market Dashboard* têm acesso livre.

Para aprofundar nossa análise estatística, utilizamos ainda os relatórios disponíveis nos sites do Covax Facility e dos seus responsáveis (GAVI, CEPI, UNICEF E OMS). Esses relatórios apresentam informações sobre fases de distribuição das vacinas, além de trazer dados qualitativos, como a classificação dos países de acordo com o COVAX. Essa classificação se refere aos países que teriam capacidade financeira para pagar por suas doses e as nações que precisariam de auxílio.

Todos os dados quantitativos coletados foram tratados a partir de uma estatística descritiva básica. Com os resultados obtidos, produzimos tabelas, gráficos e mapas, alguns sendo apresentado neste texto, que sintetizam o panorama mundial de acesso às vacinas contra a Covid-19, detalhando principalmente os dados sobre o COVAX Facility.

REFERENCIAL TEÓRICO

Pela sua própria definição, a pandemia é um fenômeno de escala global. Rezende(1998) detalha o significado dos principais termos ligados à epidemiologia, notadamente as diferenças entre endemia, epidemia e pandemia. Segundo o autor, a endemia é a presença de uma doença de forma constante em um determinado local, já a epidemia é o aparecimento de um grande número de casos em pouco tempo e em uma região específica. Por fim, a pandemia seria “uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países e a mais de um continente” (REZENDE, 1998, p. 154).

A pandemia não é um fenômeno do período da globalização, tivemos grandes pandemias no passado, como a de Gripe Espanhola. O período atual, contudo, exerce grande influência na disseminação de doenças e também de informações sobre como combatê-las.



Assim, analisar a pandemia da Covid-19, passa por investigar as relações entre saúde e globalização.

As novas redes de transporte e comunicação permitiram a conexão mais rápidas entre pessoas, mas também a propagação de novos vírus. Com a globalização se reconhece a interdependência dos países no tema da saúde, com a consequente necessidade de ações conjuntas para evitar o surgimento ou frear o avanço de agentes patógenos. A pandemia de Covid-19 comprovou tal fato. Koplan et al. (2009) destacam como a globalização modifica questões de saúde:

A disseminação de riscos à saúde e doenças ao redor do mundo, muitas vezes associada ao comércio ou tentativas de conquista, não é novidade para a saúde pública ou saúde internacional. A peste se espalhou pela Europa e Ásia na Idade Média; a quarentena foi desenvolvida na Veneza do século XIV; a varíola e o sarampo foram introduzidos no Novo Mundo por invasores europeus no século XVI; os mesmos exploradores levaram o tabaco das Américas para a Europa e além, levando a doenças e mortes prematuras; e o ópio foi vendido para a China nos séculos XVIII e XIX como um produto de comércio e subjugação por potências imperiais ocidentais. No entanto, o rápido aumento da velocidade de viagem e comunicação, assim como a interdependência econômica de todas as nações, levou a um novo nível e velocidade de interconectividade global, ou globalização, que é uma força que molda a saúde das populações ao redor do mundo. (KOPLAN et al., 2009, p. 1994)

Para nós, contudo, a globalização não representa somente uma circulação rápida de doenças devido à interconexão global através de suas redes, com uma circulação intensa de pessoas e, portanto, de vírus. A globalização também é marcada pela projeção de outros atores, como as empresas globais, que utilizam essas redes para levar consigo suas normas para lugares longínquos. Nesse sentido, o principal autor utilizado por nós e que debate amplamente a globalização – ou como chamado por ele, o período técnico científico informacional – é o geógrafo brasileiro Milton Santos. Segundo o autor, a globalização representa o ápice do sistema capitalista e, portanto, segue suas regras já postas:

O período atual tem como uma das suas bases esse casamento entre ciência e técnica, essa tecnociência, cujo uso é condicionado pelo mercado. Por conseguinte, trata-se de uma técnica e de uma ciência seletivas. Como, frequentemente, a ciência passa a produzir aquilo que interessa ao mercado, e não à humanidade em geral, o progresso técnico e científico não é sempre um progresso moral. (SANTOS, 2000, p. 76)

Na pandemia da Covid-19, o cenário não seria diferente. A situação de calamidade global estava posta, mas a principal esperança para superá-la, a vacina, era controlada pelas grandes empresas do ramo farmacêutico, que produziam e comercializavam os imunizantes seguindo uma lógica mercadológica. Enquanto os Estados nacionais viam seus sistemas de



saúde colapsarem, impactando diretamente suas economias, foram as farmacêuticas que ficaram responsáveis pela solução global. Essa inversão de papéis é chamada por Santos de a morte da política:

A política agora é feita no mercado. Só que esse mercado global não existe como ator, mas como ideologia, um símbolo. Os atores são as empresas globais, que não têm preocupações éticas nem finalísticas. Dir-se-á que, no mundo da competitividade, ou se é cada vez mais individualista, ou se desaparece. Então, a própria lógica de sobrevivência da empresa global sugere que funcione sem nenhum altruísmo. Mas, se o Estado não pode ser solidário e a empresa não pode ser altruísta, a sociedade como um todo não tem quem a valha. Agora se fala muito num terceiro setor, em que as empresas privadas assumiriam um trabalho de assistência social antes deferido ao poder público. Caber-lhes-ia, desse modo, escolher quais os beneficiários privilegiando uma parcela da sociedade e deixando a maior parte de fora. (SANTOS, 2000, p. 77-78)

Nesse sentido, a corrida pela aquisição de imunizantes é um exemplo claro da influência das grandes empresas, que utilizam os progressos técnicos e científicos para se consolidarem no mercado global, mesmo que seja em detrimento de parte da população. As negociações pelas vacinas iniciaram-se antes mesmo das fases de teste terminarem. Bastava uma farmacêutica anunciar o desenvolvimento de um imunizante para as negociações por ele também serem instauradas. Essa aquisição previamente às aprovações técnicas, contudo, ficaram restritas a algumas nações que possuíam capacidade financeira para apostar em imunizantes que poderiam não obter resultados positivos e nunca serem distribuídos. As nações mais ricas, portanto, reservaram grandes contingentes que seriam suficientes para vacinar suas populações várias vezes, como mostraremos no próximo item. Por outro lado, nações em desenvolvimento não tinham verba suficiente e precisaram esperar os acordos com os países ricos serem cumpridos para assim poderem acessar os imunizantes.

Esse fenômeno é conhecido como *nacionalismo das vacinas*, que pode ser definido como a aquisição de expressivo número de doses de vacinas, na maioria das vezes antes de sua aprovação técnica, através de compromissos de mercados antecipados³. Normalmente, essa reserva de imunizantes é concluída por países mais ricos que têm capacidade financeira de apostar em candidatas vacinas ainda em desenvolvimento. Tal movimento ocorre em acordos com diferentes farmacêuticas, já que quanto maior o poder econômico do país, maior será sua capacidade para ampliar seu portfólio de vacinas. Apesar do nacionalismo das vacinas ter se evidenciado durante a pandemia da Covid-19, essa prática é anterior ao período de calamidade mencionado:

³ Do inglês *Advanced Market Commitments* (AMC).



O acesso internacional ocorre normalmente apenas depois dos países desenvolvidos assegurarem produtos farmacêuticos para uso doméstico, como ocorreu com as vacinas contra a varíola e a poliomielite e com os remédios para HIV/AIDS. (FIDLER, 2020, p. 749, tradução nossa)

Yanqiu Rachel Zhou (2022) também destaca que o nacionalismo das vacinas não surgiu com a pandemia do SARS-CoV-2, indicando que na pandemia de H1N1 o mesmo fenômeno foi observado com os países ricos adquirindo antecipadamente as doses em detrimento ao acesso global. Segundo Zhou, os países desenvolvidos, contudo, se comprometeram em doar um percentual dessas vacinas para as nações mais pobres, que não tinham conseguido reservar imunizantes. Apesar dessa promessa, a distribuição só ocorreu quando as piores fases da pandemia já tinham terminado e os países ricos já estavam completando a vacinação de sua população. Nesse sentido, Zhou destaca as implicações do nacionalismo das vacinas para as nações mais pobres e para a perpetuação da pandemia:

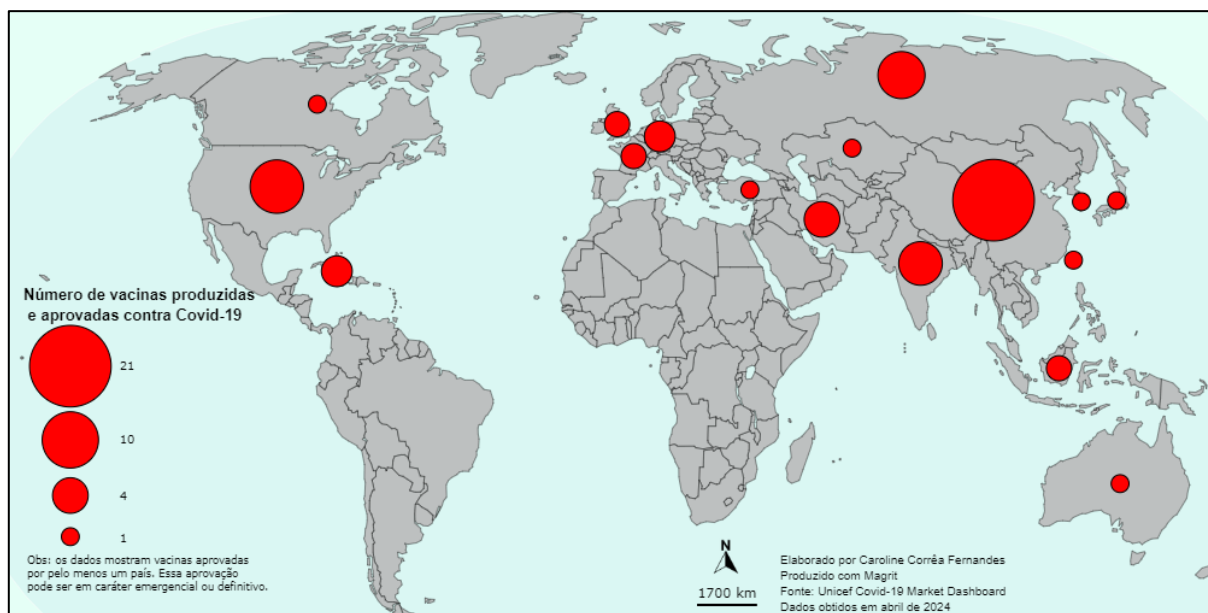
O nacionalismo de vacinas produz um acesso extremamente desigual aos imunizantes, ilustrando e reforçando as desigualdades de longa data na saúde pública entre países de alta e baixa renda. Sem acesso rápido às vacinas para profissionais de saúde e populações de alto risco, os países de baixa renda – geralmente densamente povoados, com sistemas de saúde frágeis e maior carga de doenças – enfrentarão um círculo vicioso de transmissão generalizada, colapso dos sistemas de saúde e crises humanitárias, que continuarão a ameaçar toda a população global e a prolongar a pandemia. (ZHOU, 2022, p. 454-455, tradução nossa)

Portanto, o nacionalismo das vacinas demonstra que as lógicas capitalistas se reproduzem independente do cenário de calamidade global. As empresas farmacêuticas, e não os Estados, foram as responsáveis por produzir o que era considerado a maneira garantida de superar a pandemia, mas seguiram as lógicas capitalistas e venderam os imunizantes para os países que tinham maior capacidade financeira. Essas nações, por sua vez, reservaram doses suficientes para imunizar suas populações várias vezes, enquanto países mais pobres não tinham vacinas para a população de risco. Esse movimento é contraditório, lembrando o que dissemos no início deste tópico, a pandemia caracteriza-se como um fenômeno global e enquanto nações apresentarem altos índices de disseminação a população mundial ainda estará em risco, mesmo aqueles já vacinados, visto que novas variantes podem surgir, comprometendo a eficácia das imunizantes anteriormente aplicados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 expôs como os diferentes países do mundo têm acesso desigual aos produtos da saúde, como os imunizantes. Essas desigualdades vão desde a

produção até a distribuição de vacinas. Tendo isso em vista, prospectamos os dados do portal UNICEF *Covid-19 Market Dashboard* visando compreender o cenário mundial de produção, aquisição e distribuição de imunizantes. Coletamos, em um primeiro momento, informações específicas sobre a produção de vacinas contra a Covid-19. A partir da análise dos dados, constatamos que foram apenas algumas nações que desenvolveram e produziram imunizantes que foram aprovados em pelo menos um país, como mostra o Mapa 1.



Mapa 1- Países produtores de vacinas que foram aprovadas. Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do UNICEF Covid-19 Market Dashboard. (UNICEF, 2025)

Como podemos observar no Mapa 1, a maioria dos países produtores são nações desenvolvidas, com destaque para os Estados Unidos e países europeus. A China, contudo, despontou como a maior produtora, o que ressalta sua projeção como potência em ascensão no cenário mundial. Na América Latina, apenas Cuba desenvolveu imunizantes que obtiveram êxito e foram aprovados, tendo uso doméstico, principalmente. No continente africano, nenhum país produziu vacinas que atingiram as fases finais de aprovação. Nesse sentido, observamos uma distribuição irregular e concentrada nos países mais ricos de farmacêuticas com capacidade produtiva de imunizantes contra o SARS-CoV-2. Obviamente, o desenvolvimento de vacinas até a sua aprovação é condicionado por diversos fatores, mas a concentração de produtores em poucos países é um indicativo de que nesses espaços há uma indústria da saúde prévia e com experiência em pesquisa e produção de insumos da área.

Essas desigualdades entre países também se perpetuaram na comercialização dos imunizantes, dado que, como visto no tópico anterior, a pandemia da Covid-19 foi marcada

Dados da Figura 1:

Legenda de Fabricantes de Vacinas:

- AstraZeneca (Amarelo)
- CanSino (Preto)
- Gamaleya (Vermelho)
- Janssen (Verde)
- Medicago Inc (Rosa)
- Moderna (Rosa Claro)
- Novavax (Púrpura)
- Pfizer BioNTech (Laranja)
- Sanofi Pasteur - GSK (Azul)
- Serum Institute (Ciano)
- Sinopharm (Verde Escuro)
- Sinovac (Vermelho Escuro)

Legenda de Quantidade de Doses:

Doses de vacinas pactuadas

- 15.600 - 2.300.000 (Pequeno círculo)
- 2.300.000 - 10.000.000 (Círculo médio)
- 10.000.000 - 29.000.000 (Círculo grande)
- 29.000.000 - 53.000.000 (Círculo muito grande)
- 53.000.000 - 124.800.000 (Círculo gigante)
- 124.800.000 - 970.000.000 (Círculo enorme)

Informações Técnicas:

Datum: WGS 84 - EPSG:4326
 Fonte: UNICEF Covid-19 Dashboard, 2025.
 Feito com Qgis

O Mapa 2 revela que foram poucas as nações que adquiriram doses antecipadas, notando novamente uma concentração nos países do Norte, fato que não é coincidência, já que essas



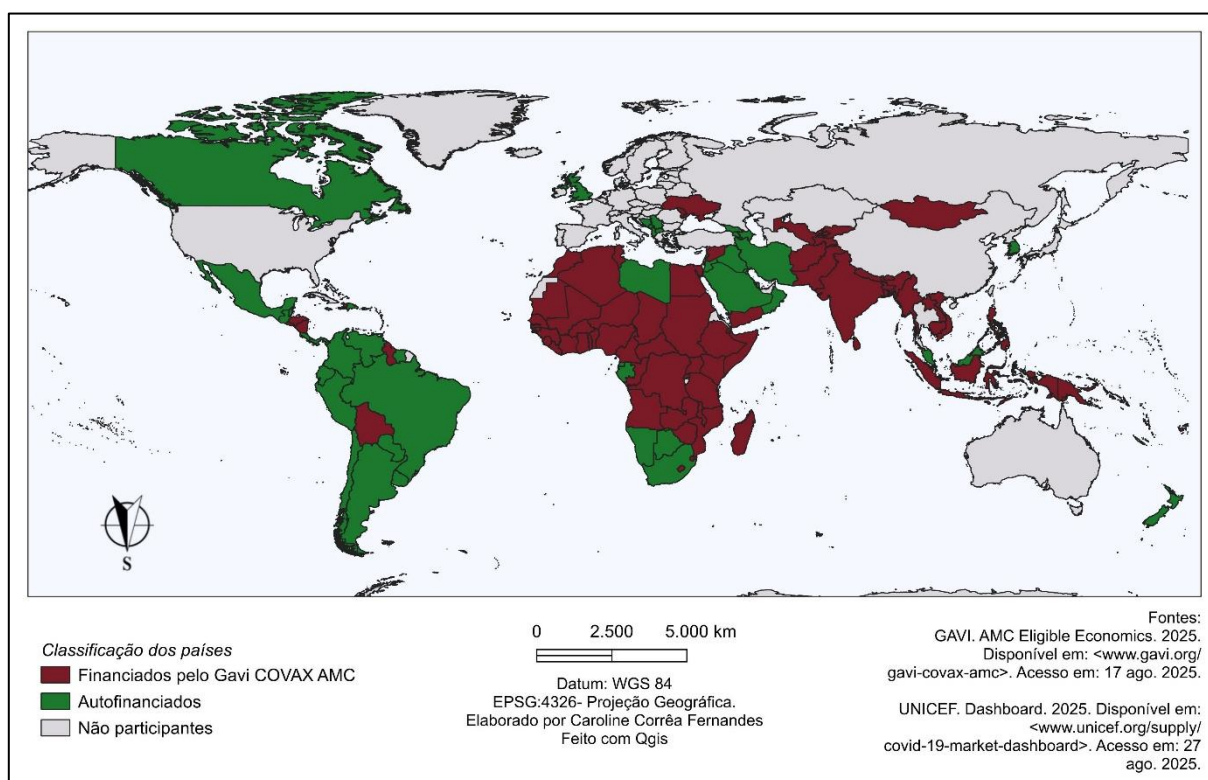
nações além de possuírem uma maior capacidade produtiva possuem também uma maior capacidade financeira para a aquisição de doses. Destacamos aqui, em um primeiro momento, os Estados Unidos, já que, como podemos constatar pelo Mapa 2, dentre todos os países, ele foi o responsável pela maior aquisição de doses, um total de 970 milhões de doses. Segundo o Banco Mundial, a população norte-americana de 2020 era de aproximadamente 331 milhões, sendo possível, portanto, aplicar quase 3 doses em cada habitante. O que mais chama atenção, contudo, é a aposta em diferentes candidatas vacinais. Os Estados Unidos realizaram acordos de aquisição com seis farmacêuticas diferentes, o que indica seu poderio econômico ao diversificar seu catálogo de vacinas (BANCO MUNDIAL, 2025; UNICEF, 2025).

Esse movimento de reserva de doses, contudo, não foi realizado apenas pelos Estados Unidos. Podemos citar também o Reino Unido, que adquiriu 297 milhões de doses em 2020, contando com uma população de aproximadamente 66 milhões de pessoas. Portanto, seria possível aplicar ao menos 4 doses em cada pessoa. Assim como os Estados Unidos, o Reino Unido negociou com seis empresas farmacêuticas visando obter maior segurança caso uma das candidatas não obtivesse resultados positivos.

Nesse cenário, os países em desenvolvimento foram os mais prejudicados, uma vez que as nações mais ricas possuíam contratos em andamento. Dessa forma, era necessário o cumprimento das entregas de doses previamente acordadas antes que os demais países pudessem ter acesso às vacinas. Reconhecendo que a pandemia precisava ser enfrentada de forma global, já que enquanto uma nação tivesse altas taxas de contaminação o mundo inteiro estaria em perigo para novas variantes, e constatando que havia um movimento individualista de aquisição de vacinas por acordos bilaterais, surgiu ainda no começo de 2020, o *Covid-19 Global Vaccine Access Facility*, que ficou conhecido como COVAX Facility. Ele tinha o objetivo de garantir a equidade no acesso às vacinas contra a Covid-19 por todos os países do mundo, sendo formado e liderado por quatro agentes: a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Gavi) e a Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI).

O COVAX Facility visava ser o único intermediário entre as farmacêuticas e os países, ou seja, era uma iniciativa que previa a participação de todas as nações. Para isso, defendia que as nações mais ricas se beneficiariam ao passo que haveria uma diminuição da concorrência global para a aquisição dos imunizantes e, portanto, um controle maior do preço dos seus preços; as nações mais pobres, por sua vez, além de conseguirem ter acesso às vacinas, contariam com auxílio financeiro (GAVI, 2022a; 2022b).

Nesse sentido, o COVAX classificou os países em dois grupos: países autofinanciados (*self-financing countries*) e países GAVI COVAX AMC (*AMC eligible countries*). Os primeiros seriam os países com economias de renda alta e média-alta segundo critérios do Banco Mundial. Essas nações seriam as responsáveis por pagar o valor integral de suas doses adquiridas através do COVAX. Cabe destacar que o Brasil fazia parte desse grupo. Os países da segunda categoria eram participantes da Gavi COVAX AMC, mecanismo criado pela Gavi para o financiamento das doses a partir de doações e venda de créditos (GAVI, 2022a; 2022b). O Mapa 3 apresenta a classificação de cada país.



Mapa 3- Classificação dos países segundo o COVAX Facility. Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do UNICEF Covid-19 Market Dashboard e da GAVI. (UNICEF, 2025; GAVI, 2025)

A análise do Mapa 3 já indica que o COVAX Facility não conseguiu a participação de todos os países. Mais do que isso, as nações desenvolvidas optaram pela realização de acordos bilaterais, o que reflete de forma negativa na capacidade de negociação do COVAX. No cenário ideal, com apenas o COVAX intermediando as negociações, não há concorrência e as vacinas são distribuídas após a avaliação de necessidade de cada país dependendo da situação epidemiológica. No cenário posto, o COVAX tinha como concorrentes países com alta capacidade financeira e que reservaram um grande número de doses.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ainda está em andamento, mas já podemos fazer alguns apontamentos importantes sobre o cenário mundial de distribuição das vacinas e o papel do COVAX Facility na busca por equidade. A pandemia da Covid-19 foi a primeira grande pandemia da globalização, ou do período técnico-científico-informacional, como chama Santos (2000). Nesse sentido, apresenta desde uma rápida disseminação do vírus, passando pela veiculação global das informações sobre a pandemia e chegando à influência das grandes empresas, notadamente as farmacêuticas, no controle do bem mais desejado do período pandêmico, as vacinas.

A produção, comercialização e distribuição das vacinas, portanto, seguiram a lógica capitalista típica do período. Mesmo em um cenário que para além de afetar as economias individuais dos países, tinha como efeito nefasto a morte de muitas pessoas, a comercialização das doses não refletiu a necessidade gerada pela situação epidemiológica, mas sim as diferenças econômicas das nações.

Observamos, portanto, que as nações mais ricas reservaram doses suficientes para vacinas mais de uma vez suas populações inteiras, enquanto os países em desenvolvimento não conseguiram competir com a capacidade financeira e tiveram que esperar o fim do cumprimento dos acordos já estabelecidos.

Nesse cenário, o COVAX Facility surgiu como uma iniciativa multilateral em busca da equidade no acesso aos imunizantes. Sua intenção inicial, contudo, de ser o intermediador entre países e farmacêuticas falhou à medida que as nações mais ricas ainda preferiram os acordos bilaterais ao invés de se tornarem membros do COVAX, como os Estados Unidos e grande parte dos países da Europa Ocidental.

No decorrer da pesquisa, vamos analisar especificamente a distribuição das doses do COVAX, as farmacêuticas de origem delas e o mecanismo de financiamento GAVI COVAX AMC. Nesse momento, trouxemos um panorama mundial que indica as dificuldades previamente enfrentadas pelo COVAX Facility em sua busca por equidade.



REFERÊNCIAS

FIDLER, David. Vaccine nationalism's politics. **Science**, Washington, D.C., v. 369, p. 749-749, 2020. Disponível em: <[www.science.org/ doi/10.1126/science.abe2275](http://www.science.org/doi/10.1126/science.abe2275)>. Acesso em: 03 out. 2025.

GAVI. BREAK COVID NOW - The Gavi COVAX AMC Investment Opportunity. **Gavi**, 2022a. Disponível em: <gavi.org/news/document-library/gavi-covax-amc-2022-investment-opportunity>. Acesso em: 13 abr. 2024.

_____. COVAX Structure Principles. **Gavi**, 2022b. Disponível em: <gavi.org/news/document-library/covax-pillar-structure-and-principles>. Acesso em: 07 abr. 2024.

_____. AMC Eligible Economics. **Gavi**, 2025. Disponível em: <www.gavi.org/gavi-covax-amc>. Acesso em: 17 ago. 2025.

KOPLAN, J. P.; BOND, T. C.; MERSON, M. H.; REDDY, K. S.; RODRIGUEZ, M. H.; SEWANKAMBO, N. K.; WASSERHEIT, J. N. Towards a common definition of global health. **The Lancet**, v. 373, n. 9679, p. 1993-1995, 2009.

REZENDE, J. M. Epidemia, endemia, pandemia. **Epidemiologia. Revista de Patologia Tropical**, v. 27, n. 1, p. 153-155, jan./jun. 1998.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 37. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

UFRGS. Uma breve linha do tempo. Coronavírus no Litoral Norte. **UFRGS**, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronaviruslitoral/uma-breve-linha-do-tempo/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

UNICEF. UNICEF COVID-19 market dashboard. **UNICEF**, 2025. Disponível em: <unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>. Acesso em: 27 mar. 2024.

WORLD BANK. Population, total. DataBank: World Development Indicators. Washington, D.C., **World Bank**, 2025. Disponível em: <data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>. Acesso em: 24 out. 2025.

ZHOU, Yanqiu Rachel. Vaccine nationalism: contested relationships between COVID-19 and globalization. **Globalizations**, Londres, v. 19, n. 3, p. 450-465, 2022. Disponível em: <doi.org/10.1080/14747731.2021.1963202>. Acesso em: 24 out. 2025.