MARIA GABRIELA ARAÚJO DINIZ

**DEMOCRACIA SANITÁRIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE:
Das organizações não governamentais aos atores não estatais**

Tese de Doutorado

Orientador: Professor Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE DIREITO

São Paulo – SP

2016

MARIA GABRIELA ARAÚJO DINIZ

**DEMOCRACIA SANITÁRIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE:
Das organizações não governamentais aos atores não estatais**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Direito, na área de concentração de Direitos Humanos, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith.

Versão corrigida em junho de 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE DIREITO

São Paulo – SP

2016

Para Tita,
com a certeza de que suas orações e torcidas continuam,
seja onde estiver.
Obrigada, tia.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), por meio de seu Programa de Capacitação de Recursos Humanos (PCRH), pela concessão das bolsas de Doutorado e de Doutorado Sanduíche.

A minha família, meus pais, Hécio e Divina; meus irmãos, Mariana e Victor, e ao Guido, por serem meu porto seguro, minha fonte de carinho, amor, conselhos e equilíbrio.

Aos companheiros com que a Escola de Saúde Pública me presenteou, Marilene Barros de Melo, Luciana d'Ávila, Ana Flávia Fonseca, Cleinir Gomes, Isabel Rossiter, Anelise Rocha, Natália Márcia, Adilson Silvestre, Herivelton Ferraz, Juliano Rodrigues, Daniela Tavares, Gislene Lacerda, Luiz Brant, Jorge Eduardo, Jennyffer Paiva, Lysia Guimarães, Ronan e Adriano. Cada uma de suas palavras de motivação fizeram meu caminho mais suave.

A Mônica Belisário, a quem devo minha sanidade mental nos últimos anos, e a Lina Araújo, que me apresentou à Mônica.

Aos meus primos e tios queridos (e numerosos!), cujos nomes nem me atrevo a listar para não correr o risco de esquecer alguém! A Letícia Malloy-Diniz, Madrinha Tela e Zita Pedrosa.

Aos membros do *Institut Droit et Santé*, que me acolheram com tanto carinho, deixo meu agradecimento em nome de Mme. Laude, Amel Ghazia e Florian Kastler. E à Silmara Duarte, do CEPEDISA, que muito facilitou minha vida de doutoranda “interestadual”.

Finalmente, a meu orientador, Fernando Aith, por seu incentivo, compreensão, apoio e ensinamentos que foram imprescindíveis em todo o percurso do Doutorado. Minha eterna gratidão pela realização deste sonho. Muito obrigada!

RESUMO

Maria Gabriela Araújo Diniz. Democracia sanitária e participação social na Organização Mundial da Saúde: das organizações não governamentais aos atores não estatais. 147 f. Doutorado – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

A democracia sanitária exige que as normas do direito à saúde sejam derivadas de processos deliberativos que permitam a troca de argumentos que, por sua vez, conduzam à formação da vontade política, sendo que essa vontade deve ser constantemente submetida à confirmação em debates públicos para garantir a responsividade do governo e o controle do exercício do poder político. A partir dessa noção, pretendíamos verificar se, caso fosse aprovado o projeto de Marco para colaboração com os atores não estatais, no seio da reforma da Organização Mundial da Saúde, seriam criadas instituições e processos deliberativos que oportunizassem a participação democrática da sociedade civil internacional. Para tanto, realizamos uma pesquisa qualitativa, e, por meio do método da análise documental, estudamos os documentos básicos e documentos oficiais concernentes à reforma da Organização Mundial da Saúde. A conclusão alcançada foi que, embora o instrumento analisado não promovesse a democracia sanitária em conformidade com o marco teórico adotado no trabalho, ele criaria novas instâncias em que a sociedade civil internacional poderia exercer sua influência.

Palavras-chave: Democracia sanitária. Participação social. Organização Mundial da Saúde.

ABSTRACT

Maria Gabriela Araújo Diniz. Health democracy and social participation in the World Health Organization: from non governmental organizations to non State actors. 147 p. Doctorate – Faculty of Law, University of São Paulo, São Paulo, 2016.

Health democracy requires that the norms of right to health are derived from deliberative processes that allow the exchange of arguments which, in turn, conduct to the formation of the political will, and this will must be constantly subject to confirmation in public debates to ensure the responsiveness of government and control of the exercise of political power. Based on this notion, we intended to verify whether, if it were approved the draft Framework for engagement with non-state actors, within the reform of the World Health Organization, it would create institutions and decision-making processes that would enable democratic participation of international civil society. To this end, we conducted a qualitative research, and through the method of document analysis, we studied the basic documents and official documents concerning the reform of the World Health Organization. The conclusion reached was that, although the analyzed instrument did not promote health democracy in accordance with the theoretical framework adopted at this work, it would create new instances in which the international civil society could exert their influence.

Keywords: Health democracy. Social participation. World Health Organization.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Seções e componentes da Reforma.....	40
QUADRO 2 – Componente e subcomponentes da linha de trabalho Programas e Prioridades.....	42
QUADRO 3 – Componentes e subcomponentes da linha de trabalho da Reforma Administrativa.....	44
QUADRO 4 – Componentes e subcomponentes da linha de trabalho da Governança.....	46
QUADRO 5 – Fases do estabelecimento de relações oficiais com a Organização Mundial da Saúde.....	62
QUADRO 6 – Prerrogativas conferidas à audiência da Assembleia Mundial da Saúde....	67
QUADRO 7 – Parâmetros para a colaboração com os atores não estatais.....	86
QUADRO 8 – Cronologia da Reforma sobre o Marco de Colaboração com os atores não estatais e produtos apresentados.....	90
QUADRO 9 – Formas permitidas de envolvimento da OMS em eventos organizados pelos atores não estatais segundo o esboço de Marco de colaboração de 2014.....	98
QUADRO 10 – Contribuições permitidas segundo o esboço de Marco de colaboração de 2014.....	99
QUADRO 11 – Comparação entre o regime atual e o regime proposto para a colaboração com os atores não estatais.....	111
QUADRO 12 – Configuração das relações entre a Organização Mundial da Saúde e os atores não estatais segundo as regras atualmente vigentes.....	117

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Participação das organizações não governamentais com relações oficiais nos órgãos de governo da Organização Mundial da Saúde.....	72
TABELA 2 – Participação de organizações não governamentais nas reuniões do <i>Intergovernmental Negotiating Body</i>	78

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 DEMOCRACIA SANITÁRIA: MARCO TEÓRICO PARA ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS ATORES NÃO ESTATAIS	15
2 ATUAÇÃO E REFORMA(S) DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	26
2.1 Criação da Organização Mundial da Saúde e primeiras décadas de funcionamento: combate a doenças transmissíveis	26
2.2 Saúde para Todos: aproximação com a concepção ampliada de saúde	29
2.3 Crise da década de 90: primeira reforma	33
2.4 O processo de reforma atual	38
2.4.1 Linhas de trabalho do processo de reforma	41
2.4.1.1 Trabalho programático	41
2.4.1.2 Reforma administrativa	42
2.4.1.3 Governança	45
2.4.2 Avaliações e andamento da Reforma	46
3 GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL	50
4 A PARTICIPAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	56
4.1 Estabelecimento de relações entre a Organização Mundial da Saúde e as organizações não governamentais: etapas	61
4.2 Processo de estabelecimento de relações oficiais	64
4.3. Participação resultante da concessão de relações oficiais	66
4.4 Relações de trabalho e participação conferida	69
4.5 Descrição da participação atual das organizações não governamentais na Organização Mundial da Saúde	71
4.6 Caso excepcional: Convenção Quadro para Controle do Tabaco	75
5 DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS AOS ATORES NÃO ESTATAIS: MARCOS PARA A COLABORAÇÃO COM A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	80
5.1 Reforma da OMS: propostas para colaboração com os atores não estatais	83
5.1.1 Fórum Mundial da Saúde	84
5.1.2 Propostas de Marcos para a colaboração com os atores não estatais	87
5.1.2.1 Marco para a colaboração dos atores não estatais submetido à 67ª Assembleia Mundial da Saúde, 2014	94
5.1.2.2 Marco para a colaboração dos atores não estatais resultante da 68ª Assembleia Mundial da Saúde, 2015	105
5.2 Comparação entre o regime atual de colaboração com as organizações não governamentais e o projeto para colaboração com os atores não estatais de 2015	110

6 COMPARAÇÃO ENTRE A PARTICIPAÇÃO PERMITIDA PELOS PRINCÍPIOS ATUALMENTE EM VIGOR NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O ESBOÇO DE MARCO DE COLABORAÇÃO COM OS ATORES NÃO ESTATAIS	114
6.1 Produção Normativa da Organização Mundial da Saúde e legitimidade democrática	114
6.2 Regime atualmente em vigor de participação das organizações não governamentais na Organização Mundial da Saúde	116
6.3 Marco de colaboração com os atores não estatais	118
6.3.1 <i>Participação na colaboração</i>	118
6.3.2 <i>Participação nas relações oficiais</i>	121
6.3.3 <i>Participação na acreditação</i>	121
6.4 O Marco de colaboração com os atores não estatais de 2015 permite a participação democrática?	122
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130

INTRODUÇÃO

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) entrou em vigor no dia 07 de abril de 1948, após a aceitação do 26º Estado-membro das Nações Unidas, e a organização, que passou a ser a autoridade de coordenação dos assuntos de saúde no âmbito do sistema da Organização das Nações Unidas, iniciou formalmente seu exercício em setembro do mesmo ano (LEE, 2009).

Os principais órgãos que compõem a OMS são a Assembleia Mundial da Saúde, o Conselho Executivo e o Secretariado, sendo este último composto pelo Diretor Geral da organização e por seu corpo técnico consultivo.

A Assembleia Mundial da Saúde é o órgão superior de decisão da OMS e é o único órgão em que todos os países membros possuem representação direta – cada um dos Estados-membros pode fazer-se representar na Assembleia por três delegados, com reconhecida capacidade técnica em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958). Reúne-se em sessões ordinárias anuais e suas principais atribuições são as de definir as políticas da organização, a de aprovar o seu orçamento e de adotar quaisquer outras medidas que assegurem seus fins (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). As decisões tomadas na Assembleia Mundial da Saúde são baseadas no critério “um membro, um voto” (LEE, 2009, p. 26).

O Conselho Executivo é composto por 34¹ membros, sendo que, para sua composição, segue-se um procedimento de duas etapas: em primeiro lugar, a Assembleia Mundial da Saúde elege, seguindo critérios de distribuição geográfica², os Estados-membros que poderão designar representantes para o Conselho. Em seguida, esses Estados indicam pessoas que tenham reconhecida capacidade na área da saúde. O Conselho reúne-se duas vezes por ano e tem como principal atribuição a execução das decisões e a definição da agenda da Assembleia Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946), além de submeter à Assembleia um programa de trabalho para a organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Por fim, o Secretariado é composto pela sede da Organização em Genebra, pelos

¹Inicialmente, eram 18 os participantes do Conselho Executivo, mas, com o aumento de membros da organização, em 2007, o número de membros do Conselho foi aumentado (LEE, 2009).

²Além do critério de distribuição geográfica, adotou-se a prática de manter, no Conselho Executivo, representantes dos cinco membros permanentes do Conselho de Segurança das Nações Unidas, de maneira que, na prática, não ocorre alteração do Estado de origem de cinco das vagas.

Escritórios Regionais e por escritórios de ligação localizados em alguns dos Estados-membros. É o órgão técnico e administrativo da OMS e é dirigido pelo Diretor Geral, cujas atribuições principais consistem em gerir o pessoal da organização e preparar o programa orçamentário e as declarações financeiras.

A Constituição da OMS faz parte de nova tendência no campo do direito internacional do pós-guerra que promove a cooperação com organizações não governamentais internacionais e nacionais, e, para regulamentar as relações com essas entidades, os documentos básicos da organização incluem os “Princípios que regem as relações entre a Organização Mundial da Saúde e as organizações não governamentais”, cuja última versão foi aprovada na 40ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1987.

Desde 2011, visando, dentre outros objetivos, a renovar sua liderança na saúde global, a OMS passa por um processo de reforma no qual uma das questões levantadas cuida das relações com outros parceiros além dos Estados-membros.

Nesse diapasão, verificou-se a necessidade de atualização das regras que regem as relações com esses atores e foi solicitado à Diretoria Geral da OMS que apresentasse um esboço de Marco para a colaboração com os agentes não estatais, o que foi feito na 67ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2014. Não havendo aprovação do documento nessa ocasião, Estados-membros e comitês regionais da OMS foram incentivados a enviar observações à proposta de Marco, a qual, após reformulações, foi novamente submetida à análise na 68ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2015. Nessa última Assembleia, tampouco se conseguiu a aprovação de um documento final, e, dando continuidade a suas discussões, foi agendada uma reunião intergovernamental aberta para tentar elaborar outro documento a ser submetido, dessa vez, à 69ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2016.

Conforme o referencial teórico da democracia sanitária, a hipótese defendida nesta Tese de Doutorado fundamenta-se no conceito de democracia sanitária e no modelo procedimentalista de democracia para afirmar que a legitimidade do direito internacional à saúde depende de que a sociedade civil internacional, que será um dos destinatários das normas, participe de sua elaboração, e que exista um processo democrático no qual a sociedade civil possa participar e contestar a formação da vontade política que direcionará a elaboração da norma. Partindo desse pressuposto, pretende-se discorrer sobre a democracia e a participação da sociedade civil internacional na Organização Mundial da Saúde, tomada como fórum privilegiado de elaboração das normas do direito internacional

sanitário. Com esse intuito, analisaremos a participação democrática oportunizada pelo Marco para colaboração com os atores não estatais de 2015, reforçando que este, embora seja o último documento disponibilizado sobre esse assunto, ainda consiste em um esboço, e que ainda estão pendentes discussões a respeito de suas disposições.

A partir desse propósito, o presente trabalho adota a metodologia de pesquisa qualitativa, desenvolvida a partir dos tipos de estudos exploratório e descritivo, por meio dos quais se reuniu informações que permitiram discutir sobre a participação da sociedade civil internacional que será possível pelo Marco para colaboração com os atores não estatais. Destarte, a pesquisa foi desenvolvida por meio do método da análise documental, sendo consultados os documentos básicos da Organização Mundial da Saúde, bem como documentos oficiais concernentes ao processo da reforma atualmente em curso.

Para descrever como acontece a participação hoje, com indicação de quantas e quais organizações não governamentais participam das reuniões dos órgãos de governo da OMS, também foi analisada a documentação da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo nos últimos quinze anos, sendo que esse marco temporal se justifica pelo fato de que o período anterior foi abarcado por um estudo produzido por Lanord acerca da participação, e que foi publicado pela OMS em 2002 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a). Toda a documentação consultada foi recuperada na plataforma *IRIS (International Repository for Information Sharing)* da Organização Mundial da Saúde.

A pesquisa contou, também, com uma revisão da literatura sobre governança global em saúde e a história da Organização Mundial da Saúde, bem como pelo estudo das teorias de democracia que pautaram o trabalho.

No que diz respeito à organização do trabalho, antes de iniciar a análise dos dispositivos de participação da sociedade civil na Organização Mundial da Saúde, tanto daqueles atualmente em vigor como dos que estão pendentes de discussão, propomos três capítulos de cunho introdutório, com vistas a apresentar o marco teórico que orientou o trabalho e a realizar uma contextualização sobre a atuação da OMS e sobre o papel desempenhado pela sociedade civil na saúde global.

Para tanto, o primeiro capítulo pretende apresentar o conceito de democracia sanitária, pautando-o, em linhas gerais, na teoria da democracia procedimental de Jürgen Habermas. Ademais, discutiremos a aplicabilidade de tal marco teórico para o objetivo

deste trabalho, qual seja o de avaliar se uma organização internacional apresenta institutos e procedimentos de participação democrática da sociedade civil.

Já o segundo capítulo do trabalho dedica-se a uma breve exposição da trajetória da OMS. Serão apontados alguns dos desafios que a organização teve que enfrentar desde sua criação em 1948, os quais demandaram processos de reformas e acabaram por culminar com o processo atual, formalmente iniciado em 2011. Com esse mesmo propósito, exporemos, também, essa reforma em curso, apresentando suas linhas de trabalho, andamento e avaliações.

O terceiro capítulo, por sua vez, tem como intuito discutir, a partir do conceito de governança global da saúde, a necessidade de inclusão da sociedade civil internacional nos processos de decisão da saúde global e de constituição do direito internacional sanitário, substituindo a lógica westfaliana de centralidade desses processos decisórios nos Estados. Além disso, mostramos como as organizações não governamentais, por sua capacidade de vinculação com a população e a proximidade com os problemas locais, atuam como porta-voz dessa sociedade civil internacional, perfazendo a representatividade necessária para a legitimação das decisões a serem tomadas.

No quarto capítulo, iniciamos pela indicação das atividades que são conduzidas pelas organizações não governamentais no campo da saúde para introduzir a atuação dessas entidades junto à Organização Mundial da Saúde. Na sequência, descreveremos os tipos de relações que podem ser estabelecidas entre as organizações não governamentais e a OMS em consonância com os dispositivos legais vigentes (relações de trabalho e relações oficiais), o modo de aquisição de relações oficiais e as prerrogativas delas decorrentes e, por fim, discutiremos qual o tipo de participação democrática essas relações tornam possíveis.

Uma vez relatada a participação social de acordo com os dispositivos em vigor, no quinto capítulo, faremos referência às alterações propostas para promoção das relações da OMS com a sociedade civil, iniciando com a proposta de criação do Comitê C na Assembleia Mundial da Saúde, a organização do Fórum Mundial da Saúde, e, finalmente, a atualização das regras de colaboração com os atores não estatais. Quanto a essa última proposta, apresentaremos as disposições e as críticas realizadas sobre o projeto de Marco para colaboração com os atores não estatais discutido da 67ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2014, e as disposições do projeto apresentado na 68ª Assembleia Mundial da

Saúde, ainda em discussão até o início de dezembro de 2015. Terminaremos por comparar as propostas com o regime atualmente vigente na OMS para a colaboração com as organizações não governamentais.

Por fim, o sexto capítulo tem como intuito discutir a participação da sociedade civil que seria resultante da aprovação do projeto de Marco para colaboração com os atores não estatais, comparando-a com aquela permitida pelos instrumentos atuais e cotejando-a com o marco teórico discutido.

1 DEMOCRACIA SANITÁRIA: MARCO TEÓRICO PARA ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS ATORES NÃO ESTATAIS

Em consonância com o objetivo desse trabalho, que é o de verificar se o Marco para colaboração com os agentes não estatais discutido no bojo da reforma da Organização Mundial da Saúde permitirá a participação democrática na elaboração do direito sanitário, torna-se necessária a discussão de um marco teórico sobre a democracia sanitária que sirva como parâmetro para a análise dos dados encontrados.

Democracia é um termo plurissubjetivo, que teve variações ao longo da história (SILVA, 2003), mas cujo aspecto básico consiste em uma forma de governo na qual se dá “o depósito do governo ao povo em conjunto ou à maioria do povo, de modo a haver maior número de cidadãos magistrados que simples cidadãos particulares” (ROUSSEAU, 1965, p. 72). Partindo desse pressuposto de que a democracia é o governo pelo povo, torna-se necessário determinar os mecanismos pelos quais o povo expressará as suas decisões políticas (DALLARI, 1998). E tais mecanismos vão se originar de três concepções de democracia: a democracia direta, a democracia semidireta e a democracia representativa (DALLARI, 1998; AITH, 2005).

A democracia direta caracteriza-se pela manifestação direta dos cidadãos sobre suas decisões. A concepção da democracia semidireta, por sua vez, caracteriza-se pela existência de instituições que permitam a manifestação direta das opiniões dos cidadãos, como por exemplo o referendo, o plebiscito, e a iniciativa popular (DALLARI, 1998). Finalmente, a democracia representativa consiste na concessão, pelo povo, de um mandato a cidadãos que, atuando como seus representantes, tomarão por eles as decisões políticas (DALLARI, 1998).

A democracia direta é uma concepção dificilmente encontrada na prática e que resta reduzida aos exemplos dos cantões suíços (DALLARI, 1998). A extensão dos territórios, o volume de pessoas envolvidas e das decisões necessárias tornam impraticável a democracia direta, já que essa demandaria a realização de constantes e longas reuniões que permitissem a manifestação de todos os interessados (DAHL, 2012). Disso decorre que a concepção predominante seja a democracia representativa, que demanda a instituição de

mecanismos pelos quais seja possível a participação do povo, embora sem o seu envolvimento constante, na formação da vontade do governo (SILVA, 2003).

Em um primeiro momento, a concepção de democracia representativa foi explicada por meio de um modelo denominado “democracia elitista competitiva”. Esse modelo foi criado por influência das ideias de Joseph Schumpeter segundo as quais se analisa o exercício da democracia a partir da perspectiva mercadológica.

Nessa perspectiva, os eleitores são comparados aos consumidores, os quais devem eleger as ofertas realizadas pelos partidos políticos (ESTEVEZ, 1999). O termo “competitiva” deriva do fato de que, nesse mercado, os políticos competem entre si para “captar as demandas dos votantes” (ESTEVEZ, 1999, p. 209). Já o termo elitista decorre da característica de que esse modelo limita a atuação dos cidadãos ao momento da eleição, uma vez que os entende incapazes para a vida política, deixando-a exclusivamente ao encargo das elites políticas (ESTEVEZ, 1999).

Esse afastamento dos cidadãos da esfera política entregando-a à elite eleita configura a rejeição do autogoverno, pois, no lugar de escolher representantes de suas opiniões, o cidadão escolhe quem, por sua vez, tomará as decisões (AVRITZER, 2000).

Nesse modelo, o que importa para a formação da vontade política, portanto, é a maioria dos votos obtidos na eleição.

O processo de formação da opinião e da vontade política na esfera pública e no parlamento é determinado pela concorrência entre atores coletivos, que agem estrategicamente com o objetivo de conservar ou adquirir posições de poder. O êxito é medido pelo assentimento dos cidadãos a pessoas e programas, quantificado pelo número de votos obtidos em eleições. Por meio de seus votos os eleitores expressam suas preferências. (HABERMAS, 1995, p. 42-43).

Assim, a participação do povo na formação da vontade do governo acontece no momento das eleições, sendo a democracia, conseqüentemente, reduzida a um meio para a eleição de governos e a legitimação de suas decisões (ESTEVEZ, 1999).

Além disso, esse modelo baseia-se em uma concepção de que o povo não estaria preparado para a democracia e que, por isso, deve ser guiado pela elite (SILVA, 2003). Nesse sentido, são rejeitados os processos argumentativos da democracia em virtude do entendimento de que as vontades dos indivíduos são meros impulsos desordenados

(AVRITZER, 2000), reduzindo sua manifestação ao momento do voto, cujo resultado confere, desde então, a legitimação das decisões do governo (FARIA, 2000).

Esse modelo baseado na negação dos processos argumentativos, contudo, perdeu espaço a partir da década de 70, com a elaboração de teorias que trazem a argumentação de volta para a análise política (AVRITZER, 2000), e que compreendem a política não como mera coordenação de preferências, mas como um “processo de argumentação racional” (HABERMAS, 1995, p. 43).

Esse resgate da argumentação, ademais, deu ensejo a formas de democracia representativa que são mescladas com institutos típicos da democracia semidireta, como a iniciativa popular, o referendo, o plebiscito, a ação popular, as conferências nacionais, as ouvidorias e as mesas de negociação (SILVA, 2003; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011).

Foram instituídas, assim, as democracias participativas, cujo objetivo é fazer com que o cidadão tenha outros momentos de envolvimento na política além daqueles oportunizados nas eleições (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011). A partir dessa concepção, a redução da democracia ao voto não é capaz de denotar a participação do povo, pois, conforme José Afonso da Silva (2003, p. 141), “O *princípio participativo* caracteriza-se pela participação direta e pessoal da cidadania na formação dos atos de governo”.

Dentre as teorias da democracia participativa, destacamos aquela formulada por Jürgen Habermas, chamado de modelo de democracia procedimental, e que se pauta em dois princípios: o princípio do discurso e o princípio da democracia. Segundo o princípio do discurso, a validade de uma norma depende do assentimento de todos os indivíduos, sendo esses presumidamente participantes de discursos racionais. Já o princípio da democracia defende que um processo normativo legítimo implica o reconhecimento de um sistema de direitos de participação.

O que esse modelo defende é que a legitimidade política não se exaure no momento de definição da vontade da maioria, como no resultado de uma eleição, mas depende de consensos estabelecidos em debates públicos nos quais seja assegurada a participação de todos aqueles potencialmente atingidos pela decisão (HABERMAS, 1995; ESTEVEZ, 1999; AVRITZER, 2000). Há uma ênfase na importância dos processos deliberativos para a formação das decisões, de forma que o fundamento da política deve ser “um processo livre de apresentação de razões entre iguais” (SANTOS; AVRITZER, 2003).

Assim, para Habermas, a legitimidade das decisões não se exaure na legalidade, mas, sim, encontra fundamento na autonomia dos sujeitos (HABERMAS, 2011), ou seja, na garantia de livre participação de todos os interessados nos processos deliberativos que culminarão na elaboração da norma (HABERMAS, 2011; HABERMAS, 2012; MELO, 2005). A legitimidade, portanto, exige que os destinatários das normas sintam-se, também, legisladores dessas mesmas normas, e isso acontece quando eles podem participar dos debates que conduzem à sua formulação (HABERMAS, 2012; REGH; BOHMAN, 1996).

A ideia da auto legislação tem que adquirir por si mesma validade no *medium* do direito. Por isso, têm que ser garantidas pelo direito as condições sob as quais os cidadãos podem avaliar, à luz do princípio do discurso, se o direito que estão criando é legítimo. Para isso servem os direitos fundamentais legítimos à participação nos processos de formação da opinião e da vontade do legislador. (HABERMAS, 2012, p. 163).

Nesse sentido, a legitimação não decorre da mera aplicação de procedimentos, mas dos debates que legitimam tais procedimentos, já que esses também “requerem, por sua vez, ser legitimados” (ESTEVEZ, 1999, p. 214).

Importante ressaltar que a pretensão do debate não é a de contagem das vontades individuais de forma a estabelecer aquela predominante, mas a de permitir que os indivíduos manifestem seus argumentos, ouçam os argumentos contrários e sejam convencidos no curso dos debates. Não implica, portanto, a submissão da vontade de uma maioria sobre a vontade minoritária, mas a possibilidade de convencimento pelo valor dos argumentos contrários (AVRITZER, 2000).

Consoante a presunção de racionalidade que perpassa esse modelo, os indivíduos participantes dos debates comunicam seus pontos de vistas, sem que haja intenção de enganar os outros participantes, e devem apresentar os argumentos em que se baseiam, sendo que será a troca desses argumentos livres que construirá um convencimento comum. Como “as leis exigem o assentimento fundamentado de todos” (HABERMAS, 2011, p.261), é fundamental, pois, que existam processos instituídos que permitam essa troca, assegurando o diálogo entre as partes envolvidas.

Assim, o modelo de democracia procedimental defende o exercício continuado do discurso político como parâmetro para o uso do poder (HABERMAS, 1995). Ele pressupõe a existência de espaços públicos onde aconteçam as interações comunicativas a partir das

quais se formará a vontade política que deve guiar o exercício do poder (HABERMAS, 1995). Ademais, faz-se necessário que o debate político seja constante e que a vontade política seja constantemente reconfirmada por ele, uma vez que os entendimentos não se mantêm estáveis, mas são sujeitos a alterações. Igualmente importante é assegurar que todo indivíduos ou grupo possa participar de forma a apresentar e defender seus interesses.

Hay otro argumento en favor de la participación política, complementario con los anteriores. Proviene de Rousseau y ha sido reformulado por Dahl. Dice que la elección de representantes políticos no resuelve completamente el problema de la toma de decisiones públicas, puesto que hay visiones de la realidad, aspiraciones e intereses sectoriales que no serían incorporados porque no constituyen conjuntos electorales significativos. Los procesos de toma de decisiones públicas, [sic] se enriquecerían a través de la participación directa de los propios grupos portadores. (ESTEVEZ, 1999, p. 216)³.

Nesse sentido, portanto, a democracia procedimental não somente exige que sejam assegurados processos deliberativos, como demanda que eles devam ser abertos à participação de todos os interessados.

Robert Dahl (2005) propõe uma teoria que conversa com essa necessidade constante de submissão da vontade política à confirmação por meio de processos de deliberação. Ele identifica que a principal característica da democracia é a “contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos” (DAHL, 2005, p. 25), ou seja, ele identifica a democracia com a possibilidade de controle, pelo povo, das decisões políticas (DAHL, 2001).

Nesse sentido, para que o governo seja responsivo aos interesses de seus cidadãos, faz-se imprescindível conhecer esses interesses e, para tanto, o sistema democrático deve prever a possibilidade de que todos cidadãos, em igualdade de oportunidades, formulem e expressem seus interesses e que esses sejam levados em consideração pelo governo (DAHL, 2005).

Segundo Dahl (2005), há oito garantias que façam as condições necessárias para a democracia, quais sejam a participação e a competição, acessíveis:

³ Hay otro argumento en favor de la participación política, complementario con los anteriores. Proviene de Rousseau y ha sido reformulado por Dahl. Dice que la elección de representantes políticos no resuelve completamente el problema de la toma de decisiones públicas, puesto que hay visiones de la realidad, aspiraciones e intereses sectoriales que no serían incorporados porque no constituyen conjuntos electorales significativos. Los procesos de toma de decisiones públicas, [sic] se enriquecerían a través de la participación directa de los propios grupos portadores.

1. liberdade de formar e de aderir a associações;
2. liberdade de expressão;
3. direito de voto;
4. elegibilidade para cargos públicos;
5. direito de líderes políticos disputarem apoio;
- 5a. direito de líderes políticos disputarem votos;
6. fontes alternativas de informação;
7. eleições livres e idôneas;
8. instituições para fazer com que as políticas governamentais dependam de eleições e de outras manifestações de preferência. (DAHL, 2005, p. 27).

Os regimes existentes, entretanto, variam na forma como tais garantias e condições são asseguradas à população, seja no que diz respeito às pessoas que possuem acesso a elas (inclusão), seja na amplitude em que elas são disponibilizadas (contestação pública) (DAHL, 2005). Na medida em que variam na escala entre a maior ou menor inclusividade e entre o maior e menor grau de contestação pública permitidos, Dahl (2005) propõe a classificação dos regimes em quatro categorias: hegemonias fechadas, hegemonias inclusivas, oligarquias competitivas e poliarquias (DAHL, 2005). Sendo que, nessa escala, o maior grau de inclusão e o maior grau de contestação pública são característicos da poliarquia. Destarte, quanto mais próximos da poliarquia, maior será o número de indivíduos e grupos cujos interesses serão absorvidos nos processos de tomada de decisão política (DAHL, 2005).

Destaca-se que Dahl (2005) não classifica nenhum Estado existente como democracia, e isso porque ele considera a democracia como um ideal do qual os Estados são somente representações. No lugar dessa democracia ideal, portanto, Dahl vai falar de um processo democrático, cujo intuito é o de assegurar a participação e a competição entre os opositores políticos (LIMONGI, 2005).

Embora todo processo de tomada de decisões implique o acolhimento do interesse de uns em detrimento do interesse de outros, Dahl (2012) vai diferenciar o seu acolhimento de sua consideração no curso de um processo decisório. Nesse sentido, não se exige que o processo de decisão seja capaz de responder ao interesse de todos os envolvidos, o que é impossível, mas que ele leve todos esses interesses em consideração. Em suas palavras: “A questão importante, porém, é saber se o processo pelo qual essas decisões são tomadas dá igual consideração aos interesses de todos; dessa forma, ainda que os interesses de alguns fossem feridos, o princípio não seria violado.” (DAHL, 2012, p. 262).

Para que sejam considerados os interesses dos envolvidos no processo decisório, reforça-se, assim, a necessidade de que esses envolvidos possam se manifestar. Ou seja, o processo democrático demanda que os cidadãos tenham os direitos de contestação e de participação (DAHL, 2012).

Partindo das bases da teoria democrática de Habermas, complementadas pelo conceito de processos democráticos de Dahl, podemos apresentar o conceito de democracia sanitária que serve de marco teórico para este trabalho e que foi formulado por Fernando Aith (2015):

[D]emocracia sanitária é o regime de governo do povo, aplicado aos temas relacionados à saúde individual e coletiva, por meio do qual os cidadãos participam e influem ativamente, de forma deliberativa ou consultiva, nos processos de tomada de decisões estatais de saúde de competência dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. (AITH, 2015, p.86-87).

De acordo com o autor mencionado, os temas relacionados à saúde, por se constituírem como especialmente sensíveis para os indivíduos e por serem reconhecidos como direito fundamental, demandam que os governos acolham as preferências individuais (AITH, 2015). Dessa maneira, os indivíduos mobilizam-se para que sejam ouvidos e para que suas manifestações sejam levadas em consideração nos processos decisórios (AITH, 2015).

Sobretudo no que tange aos assuntos da saúde, então, é preciso assegurar que os indivíduos possam expressar seus interesses e concorrer para que sua opinião seja reconhecida e que essa manifestação se dê por meio de processos discursivos que permitam a troca de argumentos e a tentativa de convencimento dos participantes acerca de uma vontade pública. Destarte, consoante Aith (2015), o direito à saúde, por ser determinante à vida e à dignidade humana, exige a existência de instituições democráticas e processos decisórios participativos (AITH, 2015).

A partir desse conceito de democracia sanitária apresentado e da necessidade de garantia de abertura para a manifestação dos indivíduos sobre as decisões na seara da saúde, podemos passar à análise da participação social na Organização Mundial da Saúde pretendida com o Marco de Colaboração com os Atores não Estatais, em sua versão de maio de 2015.

Para tanto, será necessário avaliar se os dispositivos do Marco tornarão possíveis a participação da sociedade civil internacional nos processos deliberativos que antecedem a tomada de decisão, ou seja, faz-se necessário verificar se os dispositivos permitirão a deliberação participativa no seio da Organização Mundial da Saúde.

Para se passar a tal análise, contudo, faz-se necessário problematizar se essa noção de democracia apresentada se coaduna com a análise dos procedimentos em uma organização internacional.

Afirma-se que o direito internacional, embora tenha absorvido a exigência de democracia no âmbito interno dos Estados, sofra de um déficit democrático que se apresenta tanto na ausência de “democracia horizontal” (WOUTERS; MEESTER; RYGAERT, 2004, p. 33), caracterizada pela desigualdade de participação entre os Estados em virtude de suas diferenças de tamanho e de poder, como na falta de “democracia vertical” (WOUTERS; MEESTER; RYGAERT, 2004, p. 33), uma vez que a produção do direito internacional falha ao expressar a vontade dos indivíduos dentro dos Estados. O déficit democrático do direito internacional, assim, estaria presente desde sua própria geração, pois acontece em um cenário em que inexistem instituições democráticas e a possibilidade de supervisão pelos eleitores (DAHL, 2001; HELD, 2001; KUMM, 2004).

Acerca disso, Robert Dahl (2001) entende que não é possível que as organizações internacionais sejam democráticas. Sua tese corresponde a sua já mencionada percepção de que não existem sistemas verdadeiramente democráticos. Partindo da concepção de que é democrático o sistema responsivo aos interesses de seus cidadãos, nem mesmo os governos nacionais, apesar de sua vantagem de terem uma cultura democrática desenvolvida, conseguem atingir o ideal democrático. Então, nesse diapasão, muito menos o seriam capazes as organizações internacionais (DAHL, 2001).

Segundo ele, as decisões de política internacional nunca serão democráticas, seja por razões de escala e de heterogeneidade dos indivíduos que tornam difícil a definição de interesses comuns, seja por uma ausência de interesse de participação por parte desses indivíduos e de criação de instâncias de participação por parte dos governos (DAHL, 2001):

Em países democráticos onde instituições e práticas democráticas estão há muito tempo e bem estabelecidas e onde, até onde podemos dizer, existe uma cultura

política democrática razoavelmente forte, é notoriamente difícil para os cidadãos exercer controle efetivo sobre várias decisões chave em política estrangeira. Que fundamentos temos para pensar que, então, cidadãos em diferentes países envolvidos em sistemas internacionais poderão obter o nível de influência e controle das decisões que eles agora exercem dentro de seus próprios países? (DAHL, 2001, p. 23, tradução nossa)⁴.

Dahl denuncia como vã a tentativa de tentar dotar as organizações internacionais de algum grau de democracia somente para lhes conferir legitimidade. No lugar dessa legitimidade, Dahl advoga que as decisões nas organizações internacionais sejam pautadas por um “sistema burocrático de barganha” (DAHL, 2001, p. 33), no qual o poder decisório seja conferido àqueles indivíduos que possuem maior competência no assunto e que agiriam como tutores dos demais, devendo, não obstante, responderem à vontade de seus tutelados (DAHL, 2001).

Ao contrário de Dahl, David Held (1992) defende a possibilidade de democracia nas organizações internacionais em tese por ele denominada de “democracia cosmopolita” (HELD, 1992, p. 31), na qual ele sustenta a abertura das organizações internacionais ao escrutínio público (HELD, 1992). Ele defende, ainda, a criação de mecanismos transnacionais de decisão e de ação política e institui um modelo de democracia cosmopolita, formado pela justaposição de várias instâncias de decisão, em “um sistema de centros de poder diversos e sobreponíveis, moldados e delimitados pelo direito democrático” (HELD, 2001, p. 107).

Outrossim, Andrew Moravcsik (2004) critica a negação da democracia nas organizações internacionais ao denunciar que ela é derivada da adoção de um parâmetro ideal de democracia segundo o qual nenhum regime real seria enquadrado como democrático. Ele defende, então, que a análise da possibilidade ou não de democracia nas organizações internacionais seja pautada em um modelo “calibrado” (MORAVCSIK, 2004, p. 337), quer dizer, em um modelo que se aproxime das práticas reais de democracia. Sem tal modelo calibrado, a afirmação de que seja impossível que uma organização internacional seja democrática seria uma conclusão apressada (MORAVCSIK, 2004).

⁴ In democratic countries where democratic institutions and practices have been long and well established and where, as best as we can tell, a fairly strong democratic political culture exists, it is notoriously difficult for citizens to exercise effective control over many key decisions on foreign affairs. What grounds have we for thinking, then, that citizens in different countries engaged in international systems can ever attain the degree of influence and control over decisions that they now exercise within their own countries?

Nesse sentido, e aproximando-se da teoria de Habermas que apresentamos anteriormente, Mathias Kumm (2004) afirma que o teste a ser realizado para análise da democracia nas organizações internacionais deve focar no processo de elaboração das normas do direito internacional, de forma a verificar o “princípio de legitimidade procedimental” (KUMM, 2004, p. 926). Em vez de analisar se há prestação de contas aos eleitores, “a questão relevante é se os procedimentos são suficientemente transparentes e participativos e se existem mecanismos de prestação de contas que assegurem que os tomadores de decisão são de fato responsivos aos interesses dos constituintes” (KUMM, 2004, p. 926, tradução nossa).

Esse posicionamento, aliás, conforma-se ao próprio conceito de democracia sanitária ao qual nos vinculamos, que demanda a verificação de processos participativos na elaboração do direito sanitário tanto no nível nacional, como no direito internacional (AITH, 2015), aplicando-se, conseqüentemente, à produção normativa da Organização Mundial da Saúde.

Finalmente, é preciso fazer uma distinção entre os processos decisórios nacionais e aqueles das organizações internacionais. No âmbito doméstico, há um maior controle dos resultados políticos pelos indivíduos, decorrente de mecanismos pelos quais esses podem influenciar as decisões (MORAVCSIK, 2004). Um desses mecanismos consiste na relação de prestação de contas (*accountability*) que se forma entre eleitor e político eleito, a qual implica uma limitação na atuação desse último que, em tese, deve seguir os interesses de seu eleitor (WOUTERS; MEESTER, RYNGAERT, 2004). Outra possibilidade de condução das decisões pelos indivíduos se exemplifica por meio de mobilização social e de debates políticos (AITH, 2015).

No âmbito de uma organização internacional, contudo, não existe tal controle direto dos resultados pelos indivíduos. As decisões são tomadas pelo consenso entre os Estados-membros, e esses são representados por seus delegados, diplomatas em sua maioria, que não foram democraticamente eleitos para tanto. Dessa forma, as decisões manifestadas por esses atores podem escapar do controle pelos cidadãos (WOUTERS; MEESTER, RYNGAERT, 2004).

Essa lacuna, todavia, seria preenchida pela sociedade civil internacional que, atuando como representante de grupos nacionais e internacionais de interesses, se insere

nos processos decisórios das organizações internacionais. Entretanto, uma vez que a sociedade civil internacional não possui os mesmos direitos de participação que os Estados-membros (CLARK; FRIEDMAN; HOCHSTETLER, 1998), como não tem direito de voto, ela atua por meio da influência, ou seja, da capacidade de provocar alterações nos resultados de um processo decisório (VILLA, 1999).

Segundo Dryzek (1999), essa capacidade decorre de um “poder comunicativo”, a sociedade civil internacional tem como ferramentas o “questionar, criticar e publicizar” (DRYZEK, 1999, p. 45) a partir dos quais procura formar convencimentos. Nesse sentido, a sociedade civil internacional, por meio da presença de seus representantes nas conferências internacionais, manifesta propostas, apresenta estudos, mobiliza a opinião pública e exerce pressão sobre um ou um grupo de Estados (VILLA, 1999), buscando convencer os delegados e direcioná-los para os resultados por ela pretendidos.

2 ATUAÇÃO E REFORMA(S) DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

2.1 Criação da Organização Mundial da Saúde e primeiras décadas de funcionamento: combate a doenças transmissíveis

Na Conferência de São Francisco, em 1945, a ideia apresentada pelo Brasil e pela China de promoção de uma Conferência para discutir a criação de uma agência de saúde de âmbito mundial foi acolhida pelos participantes e, em sua primeira sessão, em fevereiro de 1946, o Comitê Econômico e Social (ECOSOC, da sigla em inglês para *Economic and Social Council*) das Nações Unidas estabeleceu um comitê de especialistas com a função de preparar a Conferência e um projeto de constituição para essa agência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1947; ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTÉ, 1958; SHARP, 1947).

A intenção que guiou esses especialistas foi a de criar uma agência de caráter universal, aberta, também, a Estados não membros da Organização das Nações Unidas – uma das razões pelas quais em seu nome privilegiou-se o termo “mundial” no lugar do termo “internacional” que era mais recorrente⁵ – e com independência e capacidade ampliada de atuação na área da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1947).

O texto da constituição da Organização Mundial da Saúde estava imbuído das expectativas dos especialistas do comitê preparatório, sendo considerado o “instrumento mais poderoso de colaboração internacional para permitir ao homem a melhoria de suas condições de vida” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1947, p. 11). Tais expectativas estavam, igualmente, refletidas na definição constitucional dos objetivos da organização: “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Após a devastação causada pela guerra e a propagação de doenças resultante do conflito e das carências por ele ocasionadas, ao lado dos grandes avanços conseguidos no campo da medicina, havia uma tendência propícia para a instauração de ações voltadas

⁵A outra razão pela qual o nome da Organização Mundial da Saúde traz o termo “mundial” em vez de internacional é a necessidade de enfatizar que os problemas de saúde devem ser tratados por meio de ações de âmbito mundial, ou global, ou seja, “acima dos interesses de nações em particular” (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 625), e não somente internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1947).

para o cuidado da saúde da população (LEE, 2009). A criação da Organização Mundial da Saúde, nesse contexto, foi cercada de entusiasmo e, nesse sentido, Brock Chisholm – que foi, depois, eleito o primeiro Diretor Geral da nascente organização – colocou o dia 22 de julho de 1946, data de sua criação, entre as grandes datas marcantes da história (CHISHOLM, 1948). Inspirada por sua definição ambiciosa de saúde, que inaugurava o entendimento de saúde para além do combate à doença, era grande a expectativa em suas capacidades e poderes (BERTHET, 1962; MARKEL, 2013; YOUDE, 2012).

O mandato constitucional da OMS abria a possibilidade de atuação segundo duas abordagens: uma que identifica a organização como prestadora de assistência técnica aos países que a demandassem, e outra que ampliava a atuação para o campo da promoção da saúde, para a medicina social, campo do qual vinham alguns dos especialistas do Comitê Preparatório e que tinham a intenção de que a organização seguisse essa abordagem (LEE, 2009; CLIFT, 2013).

Nos primeiros anos da OMS, a implementação desse mandato ampliado, contudo, foi prejudicada em razão do contexto da Guerra Fria e porque esse viés amplo era visto com suspeição tanto pelos Estados Unidos como pela União Soviética, que entendiam a atuação da OMS como forma de campanha pelo oponente (LEE, 2009). Dessa forma, a organização acabou adotando uma abordagem mais técnica e biomédica, visando a resposta a doenças determinadas como a malária, a tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis, ao lado da saúde materna e infantil, nutrição, saneamento ambiental e formação de profissionais de saúde, bem como o trabalho normativo da organização, o qual foi herdado das organizações de saúde que a precederam: o Escritório Internacional de Higiene Pública, a Organização de Saúde da Liga das Nações e a Repartição Sanitária Pan-Americana (JARDEL, 1998; LEE, 2009; GOSTIN, 2014).

Esse trabalho normativo, aliás, torna o mandato da OMS incomparavelmente mais ampliado que o das organizações anteriores (FIDLER, 1999) e constitui uma das importantes contribuições realizadas pela nova organização em seus anos iniciais, com a revisão do Regulamento Sanitário Internacional. Essa revisão aconteceu em 1951, um século depois da primeira Conferência Sanitária Internacional, realizada em Paris

(GOSTIN, 2009) e trouxe inovações procedimentais ao “regime clássico”⁶ (FIDLER, 2005, p. 328) de combate internacional de doenças infecciosas.

Ainda no que diz respeito ao trabalho normativo, Fidler (2005) destaca a importância da centralização na OMS da produção de regulamentos sanitários. Conforme previsão dos artigos 21 e 22 de sua Constituição, os regulamentos adotados pela OMS tornam-se obrigatórios a todos os Estados-membros, salvo para aqueles que expressamente se opuserem ao instrumento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Essa centralização contribui para a solução da confusão, procedimental e substancial, resultante da “colcha de retalhos” (FIDLER, 2005, p. 332) formada pelos diversos tratados negociados até então.

Nas primeiras décadas de funcionamento, a OMS fez-se reconhecida em virtude da abordagem de combate a doenças infecciosas, o que seria esperado visto o contexto de propagação de doenças que se seguiu ao fim da guerra e o perfil do Dr. Marcolino Candau, que foi o Diretor Geral da OMS de 1953 a 1973 – o mais longo período na história da organização – e que tinha experiência prévia em campanhas de erradicação de doenças (LEE, 2009). Essa definição de prioridade contou, também, com o aporte do descobrimento dos antibióticos, o que tornou mais fácil o combate às doenças (FIDLER, 1999).

Não surpreendentemente, um dos grandes sucessos da organização foi uma de suas campanhas de erradicação, a da varíola⁷, cujo programa se iniciou em fins da década de 50 e foi concluído, com o cumprimento de seu objetivo, cerca de vinte anos depois (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a; FITZSIMONS, 2013; CLIFT, 2013).

Conforme apresentado por Markel (2013), apesar da intenção de seus idealizadores, o viés de atuação focado nas doenças transmissíveis acabou por ser a tônica da atuação da Organização ao longo de sua história:

Além de formalizar as funções administrativas e de pessoal, os funcionários fundadores da OMS enfatizaram mais uma vez o desejo de expandir o conceito

⁶David Fidler (2005) chama de regime clássico o marco legal internacional que vai da Conferência Sanitária Internacional de 1851 até o Regulamento Sanitário Internacional de 1951, cuja base era a cooperação entre os Estados, os quais se obrigavam a notificar o aparecimento de doenças transmissíveis em seus territórios, e a pautar em evidências científicas e princípios de saúde pública as medidas preventivas que tivessem impacto no comércio internacional e na circulação de pessoas.

⁷Segundo Clift (2013), o objetivo de erradicação da varíola foi inicialmente recusado pelos Estados-membros que o julgaram impossível, e, não obstante, acabou sendo uma das grandes conquistas da organização.

de doenças pela inclusão da saúde mental, saúde materna e infantil, nutrição e higiene ambiental em sua missão. Apesar dessas metas grandiosas, todavia, a função primária da OMS durante suas primeiras décadas mais se assemelhava às tentativas internacionais de patrulhar fronteiras contra a incursão de doenças epidêmicas. Na verdade, o trabalho mais celebrado da OMS durante muito de sua história foi direcionado ao controle e propagação de doenças infecciosas. (MARKEL, 2013, p. 1-2, tradução nossa)⁸.

Alteraram-se as doenças foco de preocupação - malária, tuberculose, pólio, influenza etc., mas continua-se, até hoje, a distribuição de medicamentos e de vacinas como uma importante ação da OMS (MARKEL, 2013). Tanto que essa definição de combate a doenças como prioridade levou alguns críticos a afirmar que a organização sofria de uma condição chamada “erradicacionite” (GODLEE, 1995b).

No percurso da história da OMS, houve certa constância na dualidade entre os defensores da atuação vertical – focada no controle de uma doença específica – e os advogados da concepção de que a saúde conforma-se pelas condições sociais e econômicas da população. E é importante mencionar que, na década de 70, a ausência de posicionamento da OMS em direção à segunda dessas correntes, ou seja, a ausência de atuação da organização no sentido de melhoria das condições de vida, acabou por abrir espaço para a criação de programas de ajuda humanitária por outras organizações como a Cruz Vermelha e a Médicos Sem Fronteiras (MARKEL, 2013), dando início, então, à proliferação de novos atores atuantes na saúde global.

2.2 Saúde para Todos: aproximação com a concepção ampliada de saúde

Ao longo dos anos seguintes, por influência do Diretor Geral Halfdan Mahler, a organização volta a se aproximar da abordagem pensada por seus idealizadores, avançando para o domínio econômico e social da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a; JARDEL, 1998) e para a promoção dos serviços de saúde de maneira ampliada, não somente focada em doenças específicas (CLIFT, 2013).

⁸In addition to formalizing its administrative and staffing functions, the founding officers of WHO again emphasized a desire to expand the concepts of disease by including mental health, maternal and child health, nutrition and environmental hygiene in its mission. Despite these lofty goals, however, the primary function of WHO during its early decades more closely resembled earlier international attempts to patrol borders against the incursion of epidemic disease. Indeed, the WHO's most celebrated work during much of its history was directed at the control and spread of infectious disease.

Nesse momento, em função do aumento do número de países em desenvolvimento presentes nos órgãos de governo da OMS, começou a ser questionado o seu modelo de cuidado vertical, centralizado no combate a doenças, nos avanços da medicina e com grande ênfase no atendimento hospitalar. Passaram a ser vistas com reserva as abordagens baseadas em grandes evoluções técnicas, dispendiosas, mas que não resolviam e não levavam em consideração os problemas e os saberes da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a; WILLIAMS, 1988; CUETO, 2004).

Ao lado dessa transição ideológica, chamavam a atenção as experiências de cuidados prestados na comunidade – como a experiência da *Christian Medical Commission* e o modelo chinês dos “doutores de pés descalços”, que consistem, ambos, em treinamento de trabalhadores da comunidade para prestar serviços de primeiros socorros e cuidados básicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a; CUETO, 2004).

Esses fatores criaram a ocasião na OMS para repensar as formas de prestação de serviços de saúde, abrindo campo para abordagem da atenção primária em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a; HALL; TAYLOR, 2003). A partir do ano em que Mahler tomou posse na Diretoria Geral, foram publicados pela OMS vários relatórios enfatizando os cuidados básicos de saúde, até que, em 1976, Mahler propôs a meta de “Saúde para todos até o ano 2000” (CUETO, 2004). Esse reconhecimento da aproximação da saúde com o desenvolvimento recebeu, ainda, incentivo vindo da iniciativa da Segunda Década de Desenvolvimento, lançada pela Organização das Nações Unidas em 1970 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Essa perspectiva culminou na realização de uma Conferência na cidade de Alma Ata, em 1978, cujo objetivo era promover o conceito de atenção primária de saúde e possibilitar a troca de experiências nesse sentido. Essa conferência, que terminou com a aprovação da Declaração de Alma Ata, foi impulsionada pela antiga União Soviética e contou com a participação de 134 países e 67 organizações internacionais e organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS e com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), copatrocinadora da conferência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

As ideias inscritas na Declaração implicaram a ampliação da atuação da OMS para além da postura técnica e biomédica para incorporar, também, os aspectos sociais,

econômicos e culturais da saúde (BEIGBEDER, 1998). Importante, também, foi a compreensão de que a comunidade não é sujeito passivo, mas deve participar da decisão sobre os serviços de saúde, bem como deve ser buscada a redução das disparidades no acesso aos cuidados em saúde (WILLIAMS, 1988).

A partir de então, a OMS desempenharia, igualmente, o papel de “advogada de políticas de saúde privilegiando a redução das desigualdades entre os países e dentro dos países, em matéria de exposição a riscos e de acesso a um mínimo de cuidados preventivos e curativos” (JARDEL, 1998, p. 84-85).

Apesar da Declaração de Alma Ata, somente em 1982 a OMS aprovou um plano de ação para implementação da estratégia de Saúde para todos. Entretanto, nos países membros de forma geral, a implementação desse plano foi prejudicada pelo contexto de crise econômica da década de 80 que impôs restrições orçamentárias e redução dos recursos destinados à saúde pelos governos nacionais (WILLIAMS, 1988; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Outro fator impeditivo, ainda, foi a carência de recursos humanos para a implementação das ações (GOSTIN, 2014).

Nas décadas de 70 e 80, a OMS passou por uma importante alteração em sua configuração dos cuidados em saúde, saindo do campo estritamente técnico para abarcar os determinantes sociais, econômicos e culturais da saúde, além de incluir a concepção de que as decisões sobre os serviços de saúde devem incluir a participação da comunidade, no lugar de serem impostos de forma “*top-down*”.

Nesse período, também por influência de Halfdan Mahler, a OMS tomou uma configuração mais politizada e estendeu sua atuação para outros assuntos até então compreendidos como alheios à área da saúde, como o tabaco, os medicamentos essenciais e os substitutos do aleitamento materno (CLIFT, 2013), discussões que implicavam fazer face a grandes corporações como a indústria farmacêutica e a indústria do tabaco, e aos Estados Unidos, em cujo governo era forte o lobby de tais indústrias (WALT, 1993; GODLEE, 1994b). Mahler, contudo, era capaz de fazer tal contraponto, o que pode ser comprovado pela aprovação, em 1981, do Código Internacional sobre Substitutos do Aleitamento Materno (WALT, 1993; GODLEE, 1994b).

Porém, a atuação da OMS foi prejudicada pelo contexto político e econômico. A organização, a partir desse período, passou a sofrer problemas orçamentários, nessa

ocasião, decorrentes da desvalorização do Franco Suíço, moeda em que é realizada grande parte dos gastos da organização, agravando-se com a Crise do Petróleo de 1973 e com a crise econômica que a seguiu (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Ademais, na década de 80, a Assembleia Mundial da Saúde decidiu por uma política de crescimento zero de seus fundos regulares, ou seja, foi congelado o valor das contribuições devidas pelos Estados-membros, e essa política de crescimento zero, também, prejudicou a desenvoltura da organização (WALT, 1993).

O espírito que guiou esse período da OMS foi criticado como utópico e irrealizável (BEIGBEDER, 1998; CLIFT, 2013), avaliação com a qual a própria instituição concordou após alguns anos:

A terceira década da OMS foi caracterizada por um senso de otimismo, **talvez inocente na retrospectiva**. Havia um sentimento de que o progresso era possível, não somente na saúde, mas em caminhos sociais e econômicos de melhoria do bem-estar individual e coletivo. Esse otimismo foi refletido na aprovação pela Trigesima Assembleia Mundial da Saúde em maio de 1977 da resolução WHA30.43, que afirmou que o principal objetivo social da OMS para as décadas seguintes deveria ser o atingimento por todos os cidadãos do mundo, até o ano 2000, de um nível de saúde que os permita levar vidas econômica e socialmente produtivas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011o, p. vii, tradução nossa, grifos nossos)⁹.

Esse período de trabalho, que abrange o início da década de 70 até o início da década de 90, iniciou otimista, mas terminou com a conscientização de que a OMS não consegue escapar da constrição causada pelo contexto político e econômico que a cerca. A restrição orçamentária e a pressão dos doadores por resultados restabeleceu a abordagem técnica da organização e levou ao congelamento do orçamento e contenção dos programas desenvolvidos (GODLEE, 1994a; YOUDE, 2012). Ao contrário dos ideais da promoção da atenção primária em saúde, a OMS iniciou a década de 90 advogando uma perspectiva neoliberalista de redução da atuação do Estado nos serviços de saúde (YOUDE, 2012). Assim, no lugar de ocupar o posto de liderança na saúde como era esperado da

⁹ WHO's third decade was characterized by a sense of optimism, perhaps naive in retrospect. There was a feeling that progress was possible, not only in health, but in social and economic ways to improve individual and collective well-being. This optimism was reflected in the approval by the Thirtieth World Health Assembly in May 1977 of resolution WHA30.43, which stated that WHO's main social target for the coming decades should be for all citizens of the world to attain by the year 2000 a level of health to enable them to lead socially and economically productive lives.

organização, ela se retraiu e concentrou-se em atuar como conselheira técnica para os demais atores (GODLEE, 1994b).

2.3 Crise da década de 90: primeira reforma

Com a saída de Halfdan Mahler e a posse de Hiroshi Nakajima como Diretor Geral, a OMS perdeu parte de seu poder de influência no cenário internacional. Se Mahler era considerado um negociador competente e carismático, e capaz de fazer frente aos interesses de grandes países e corporações em prol do trabalho da OMS, Nakajima apresentava dificuldade de se comunicar, preferia o compromisso ao conflito, e tendia a focar no trabalho de estabelecimento de padrões e de fornecimento de aconselhamento técnico (WALT, 1993; GODLEE, 1994a; GODLEE, 1994b).

Além disso, gerou-se um desgaste interno como consequência de sua forma de gestão, a qual era percebida como autocrática e acusada de seguir interesses políticos. Criticava-se que a nomeação para postos de direção obedecia a interesses políticos e não ao mérito do ocupante do posto, e, também pelo mesmo motivo, que a política de pagamento e de promoções estava desrespeitando os limites indicados pelas Nações Unidas (GODLEE, 1994a). Síntese desse desgaste pode ser encontrada na resolução submetida por delegados de países africanos demandando a resignação de Hiroshi Nakajima e a reprovação de seu nome para reeleição. O que, todavia, não foi suficiente para impedir que ele fosse reconduzido ao posto de Diretor Geral (GODLEE, 1994a; YOUDE, 2012).

Embora as acusações de corrupção contra o Diretor não fossem comprovadas, a auditoria realizada verificou que os recursos da OMS, já restringidos, eram mal aplicados (GODLEE, 1994a). As dificuldades de comunicação se espalharam da Diretoria Geral para toda a organização e, na ausência de coerência e direcionamento estratégico, proliferaram ações descoordenadas, de forma que “a mão direita nunca sabia o que a mão esquerda estava fazendo” (GODLEE, 1994a). Isso levou à fragmentação e à competição entre os diversos grupos internos da OMS.

Esses fatores fizeram com que a OMS, lado a lado com a crise de imagem interna, passasse igualmente a sofrer um desgaste externo. Sua imagem para o público em geral pode ser sintetizada na famosa frase de Fiona Godlee: “As pessoas sabem que ela existe, e

a maioria sabe que ela erradicou a varíola, mas poucas têm uma ideia clara do que ela faz” (GODLEE, 1994a, p.1424). A organização perdeu espaço para outras organizações e perdeu a confiança mesmo da Organização das Nações Unidas (GODLEE, 1994b).

Esse cenário tornou-se propício para as primeiras demandas por uma reforma (GODLEE, 1997), as quais se alinhavam, em grande parte, ao processo de reforma pelo qual passava a Organização das Nações Unidas (CLIFT, 2013).

É, ainda, nesse período que se intensificarão as dificuldades orçamentárias relacionadas à decisão quanto ao financiamento de seus programas e que seguirão pelos anos futuros. A OMS estava comprometida com programas em uma vasta gama de problemas de saúde, o que veio a ser chamado de “Menu Completo” (GODLEE, 1994a, p. 1424), porém sem disponibilidade de recursos e de estratégia de alocação que o permitisse (GODLEE, 1994a).

A OMS é financiada por meio de dois fluxos de recursos: um fluxo regular e um fluxo extraordinário. O fluxo regular é chamado Fundo Orçamentário Regular (ou RBF, da sigla em inglês para *Regular Budgetary Fund*), que consiste em contribuições anuais devidas por cada um dos Estados-membros e cujo valor é calculado em função do tamanho da economia dos países (YOUDE, 2012). O fluxo extraordinário, por sua vez, é chamado Fundo Extra orçamentário (ou EBF, da sigla em inglês para *Extra-budgetary Fund*), consiste em contribuições voluntárias realizadas pelos Estados-membros ou por outros organismos, por exemplo a Fundação Bill e Melinda Gates, um dos maiores doadores da OMS (CLIFT, 2013), e que costumam ser direcionados para as finalidades determinadas pelos doadores.

O problema que surge dessa situação deriva do fato de que, como as contribuições por meio de EBF são destinadas para um programa específico, a OMS não pode fazer uso desse montante para financiar outros de seus projetos. Considerando que o volume de EBF ultrapassa o montante de RBF, isso significa, ao final, que a OMS perde sua capacidade de decidir em quais projetos investir, sendo essa decisão tomada pelos doadores de EBF. Ou seja, há cada vez maior concentração de recursos em doenças de interesse dos países desenvolvidos, que são os maiores doadores da organização (GODLEE, 1994a; SRIDHAR *et al*, 2014).

E dado que a política do crescimento zero já se aproxima de completar trinta anos, aliado ao fato de que alguns dos Estados-membros não cumprem com o pagamento de suas contribuições, o resultado é que o financiamento regular da OMS vem diminuindo ao longo dos anos (YOUDE, 2012).

Porém, a diminuição do orçamento não veio acompanhada do abandono do “menu completo”, o que dá fôlego à disputa interna em que cada vez menos recursos são pleiteados pelos programas da OMS (YAMEY, 2002b; YOUDE, 2012). Richard Smith, editor do *British Medical Journal* em 1995, defendia que uma das tarefas principais que o novo Diretor Geral deveria assumir seria justamente a de definir as prioridades da organização, pois “[...] em vez de fazer mal 120 coisas, deveria fazer bem uma dúzia de coisas.” (SMITH, 1995, p. 544).

Em 1998, a OMS teve uma injeção de fôlego com a eleição da Dra. Gro Harlem Brundtland para a Diretoria Geral (YOUDE, 2012). Brundtland assumiu o posto com duas tarefas a cumprir: restabelecer a reputação da organização no cenário internacional, e proceder a uma reforma interna para mitigar a divisão causada pelas duas fontes de financiamento, as disputas entre a sede e os Escritórios Regionais e entre os diversos programas da OMS (SMITH, 1995; YAMEY, 2002b; CLIFT, 2013). A Diretora Geral manifestou sua intenção de combater essas cisões, unificando a OMS:

A OMS é uma. Não duas – ou seja uma financiada pelo orçamento regular e outra financiada por fundos extra orçamentários. Não sete – ou seja Genebra e os seis Escritórios Regionais. Não mais que cinquenta – ou seja os programas individuais.

A OMS deve ser uma: definir duas prioridades como uma, levantar recursos financeiros adicionais como uma, manifestar como uma. E então – somente então – poderemos agir efetivamente em nossa diversidade descentralizada por meio de presença qualificada no nível dos países, por meio de orientação regional pelos Escritórios Regionais e por meio da direção global pela sede e os órgãos de governo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p. 3, tradução nossa)¹⁰.

¹⁰WHO is one. Not two – meaning one financed by the regular budget and one financed by extra-budgetary funds. Not seven – meaning Geneva and the six regional offices. Not more than fifty – meaning the individual programmes.

WHO must be one: Setting its priorities as one, raising additional financial resources as one, speaking out as one. And then – but only then – can we act effectively in our decentralized diversity through skilled presence at the country level, through regional guidance by the regional offices and through global direction by the headquarters and the governing bodies.

Mas, mais importante, Brundtland tinha a intenção de incluir a saúde como um dos temas da agenda do desenvolvimento – objetivo que foi atingido. A saúde passou a ser pauta das principais reuniões internacionais e não somente daquelas direcionadas a discutir assuntos de saúde (YAMEY, 2002a; CLIFT, 2013).

Brundtland conseguiu restaurar a reputação internacional da OMS, conseguindo, ademais, aumentar o volume de recursos concedidos à organização, alusão à confiança em seu funcionamento (YAMEY, 2002a).

Igualmente, Brundtland iniciou novas parcerias também com o setor privado, por exemplo nas campanhas *Roll Back Malaria* e *Tobacco Free Initiative* (YAMEY, 2002a). A atuação da OMS nas negociações da Convenção Quadro para Controle do Tabaco, que aconteceram nesse período, foi um dos fatores que contribuíram para a revitalização de sua imagem internacional. Tanto porque foi a primeira vez que a OMS usou seu poder constitucional de acordar tratados internacionais, como porque ela abriu espaço para a participação da sociedade civil, ao mesmo tempo em que bloqueou a influência da indústria do tabaco, rompendo, dessa maneira, com duas de suas tendências quanto a esse sujeito (YOUDE, 2012; WIPFLI, 2015).

Desde sua proposta inicial, ONGs e atores externos à OMS lideraram a pressão para a CQCT. Seu envolvimento ativo foi presságio de uma mudança marcante nas deliberações da OMS. Em outubro de 2000, enquanto encontros informais elaboravam os protocolos para as deliberações da CQCT, a OMS promoveu audiências públicas. Essa foi a primeira vez que a organização empregou um processo formal que permitiu que um largo número de atores não estatais pudessem afetar suas deliberações. (YOUDE, 2012, p. 55, tradução nossa)¹¹.

Brundtland não conseguiu, entretanto, promover a reestruturação interna da OMS¹²(YAMEY, 2002b). Embora tenha instituído um programa de contratação no qual foram introduzidas avaliações e tenha reduzido as indicações políticas, o contingente de recursos humanos da organização não foi diminuído, não houve aumento proporcional de funcionários originários de países em desenvolvimento, bem como não houve efetivamente

¹¹From its initial proposal, NGOs and actors outside Who led the push for the FCTC. Their active involvement presaged a distinct change in WHO deliberations. In October 2000, as informal meetings crafted the protocols for the FCTC's deliberations, WHO held public hearings. This was the first time the organization ever employed a formalized process that would allow a wide variety of non-state voices to affect its deliberations.

¹²Para uma avaliação das reformas empreendidas pela Diretora Geral Gro Harlem Brundtland, cf. YAMEY, Gavin. WHO's management: struggling to transform a “fossilized bureaucracy”. **British Medical Journal**, v. 325, n. 16, p. 1170-1173, November 2002a.

promoção do debate interno (YAMEY, 2002a; YAMEY, 2002b). De forma geral, a organização continuou centralizada na sede, com pouca abertura para o diálogo com a sociedade civil – com exceção das negociações da Convenção Quadro para Controle do Tabaco - e, ainda, majoritariamente formada por funcionários vindos dos países desenvolvidos (YAMEY, 2002b; YAMEY, 2002c).

Outro objetivo da reforma que fracassou consiste em que não foram reduzidas as disputas entre os diversos programas e entre os Escritórios Regionais e a sede, bem como tampouco se conseguiu atrair mais recursos financeiros regulares de forma a equilibrar o impacto causado pela entrada dos recursos com aplicação já determinada pelos doadores (CLIFT, 2013). No que tange à definição de prioridades, Brundtland propôs a concentração de recursos em um número reduzido de programas. Mas essa proposta tornou-se vazia visto que não foi acompanhada de mudanças estruturais que o permitissem (GODLEE, 1997).

Além dessas questões, a OMS passou a sofrer concorrência de outros atores atuantes na saúde global. Ao lado da OMS, foram estabelecidas várias iniciativas, voltadas a doenças específicas e apresentando diferenciados formatos e capacidade de financiamento e de resposta aos desafios da saúde global (CLIFT, 2013). Nessa perspectiva, a OMS precisava definir-se como liderança na governança global em saúde, encabeçando o planejamento das diversas ações executadas e evitando sua sobreposição e disputa (YAMEY, 2002c). Porém, a OMS não conseguiu firmar-se nesse novo papel e passou a competir com esses novos atores pelo recebimento de financiamento (YAMEY, 2002c; CLIFT, 2013).

De modo geral, então, a reforma empreendida por Gro Harlem Brundtland, em fins da década de 90, foi bem sucedida ao restabelecer a imagem internacional da OMS, ao inserir a saúde na pauta internacional, e ao iniciar novas parcerias com os setores público e privado. Contudo, não conseguiu estabelecer a coordenação da estrutura interna, nem foi capaz de promover a descentralização de poderes para os Escritórios Regionais, abrir espaço para o diálogo com os novos parceiros e de exercer papel de liderança na governança global de saúde.

2.4 O processo de reforma atual

Como visto, a Organização Mundial da Saúde, já vinha apresentando um desempenho insatisfatório há alguns anos quando, em janeiro de 2010, a Diretora Geral, Margareth Chan, promoveu consultas informais com o objetivo de discutir o futuro do financiamento da organização (LEE; PANG, 2013).

Conforme já apresentado anteriormente, o orçamento da OMS é composto de dois fluxos, um constituindo o aporte regular das contribuições anuais dos Estados-membros e outro consistente em contribuições voluntárias. Como o valor das contribuições obrigatórias foi congelado e alguns países estão em dívida com seu pagamento, e visto que as contribuições voluntárias são destinadas a programas específicos, o resultado final é que, não obstante as resoluções adotadas nos órgãos de governo da OMS, nem todas as atividades aprovadas podem ser executadas em virtude da indisponibilidade de recursos (YOUDE, 2012; CLIFT, 2013). Esse esvaziamento do poder decisório dos órgãos de governo, aliado ao fato de ter a OMS que disputar recursos com os demais atores da saúde global, foram um dos motivos catalisadores da reforma (YAMEY, 2002c; YOUDE, 2012; LEGGE, 2012; CLIFT, 2013).

Todavia, a questão da dificuldade financeira logo levou à discussão sobre quais deveriam ser o papel e as prioridades da organização e revelou a necessidade de reforma da administração e da governança para permitir que ela exerça seu mandato constitucional, levando em consideração as mudanças pelas quais passou a saúde ao longo de sua existência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010f; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011i; CLIFT, 2014).

Mais do que isso, as discussões que encaminharam ao processo de reforma expõem as fragilidades da OMS: organização fragmentada, burocratizada, sujeita a pressões políticas e financeiras (BLOOM, 2011), além de desacreditada, “marginalizada e subfinanciada” (BLOOM, 2011, p. 143). A organização vinha perdendo seu prestígio e, mais grave, negligenciando seu papel de líder na governança global da saúde.

Reduzida a uma dentre muitas instituições relacionadas à saúde global, em resumo, a OMS foi forçada a escolher entre seguir campanhas de elevado perfil para atrair doações continuadas ou realizar seu mandato único de executar as tarefas de dia a dia que formam a estrutura da cooperação na saúde global. (LEE;

PANG, 2013, p. 2, tradução nossa)¹³.

A constatação de que a OMS perde ao estar comprometida com uma gama muito extensa de fatores e a consequente necessidade de definição de prioridades reaparecem nesse momento, como foi sintetizado por Margareth Chan quando iniciou os debates da reforma da organização:

Falando francamente: A OMS precisa de dinheiro para um bom desempenho e apresentar resultados nas áreas em que a Organização tem uma vantagem comparativa. Isso levanta questões adicionais. O que a OMS pode fazer melhor que outras agências, grupos, iniciativas ou parcerias? E ainda: Quais tarefas podem ser desempenhadas somente pela OMS? (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010f, p. 6, tradução nossa)¹⁴.

Nas consultas informais para debater o futuro do financiamento, foram levantados temas que demandavam atenção, dentre os quais estavam quais as funções devem ser o núcleo da atuação da OMS e quais seus principais desafios, e esses temas foram objeto de consultas baseadas na internet, de abril a outubro de 2010, e discutidos nas reuniões dos Escritórios Regionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010d), como forma de fornecimento de subsídios para a construção de uma proposta de reforma.

Os resultados dessas discussões apontam que os anseios pela reforma deveram-se a três fatores: 1) a necessidade de redefinição do papel da OMS na governança global da saúde, incluindo suas relações com os atores atuantes nessa seara; 2) a necessidade de restringir o campo de atuação da organização que, por estar muito ampliado, compromete sua eficiência e efetividade; e 3) a necessidade de assegurar à OMS a capacidade de reação rápida aos novos desafios da saúde global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010d).

Em janeiro de 2011, na reunião do Conselho Executivo, foram definidos os componentes da reforma, e, em maio desse mesmo ano, na Assembleia Mundial da Saúde, a resolução WHA64.2 aprovou a agenda de reforma apresentada no relatório da Diretora

¹³Reduced to one of many institutions concerned with global health, in short, WHO has been forced to chose between pursuing high-profile campaigns to attract continued donor funding, and fulfilling its unique mandate of carrying out the day-to-day tasks that form the building blocks of global health cooperation.

¹⁴To put it bluntly: WHO needs money to perform well and deliver results in areas where the Organization has a comparative advantage. This raises additional questions. What can WHO do better than any other agency, group, initiative or partnership? And also: what tasks can be performed only by WHO?

Geral, e que foi formulada em consonância com as discussões realizadas anteriormente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011f).

Também foram definidos, nessa ocasião, os três objetivos pretendidos com a reforma: 1) a melhoria dos resultados na saúde, 2) maior coerência na governança da saúde com a OMS exercendo o papel de coordenação, e 3) a excelência na atuação da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011i).

Quadro 1 - Seções e componentes da Reforma

Nº	Seção	Componentes/Objetivos
I	Foco em negócios principais	Elaboração de convenções para a melhoria da saúde
		Geração de evidências em tendências e determinantes de saúde
		Provisão de aconselhamento em saúde e desenvolvimento
		Coordenação da segurança sanitária
		Fortalecimento de sistemas e instituições de saúde
II	Efetividade organizacional	Definição clara de papéis, responsabilidades, divisão de trabalho e procedimentos operacionais
III	Planejamento, administração e <i>accountability</i> baseados em resultados	Revisão dos instrumentos de planejamento
IV	Política e gestão de recursos humanos	Tornar mais flexíveis e ágeis os procedimentos de recrutamento, contratação e desenvolvimento de recursos humanos
V	Financiamento, mobilização de recursos e comunicação estratégica	Aumentar a efetividade dos recursos existentes, ampliar a base de doadores e permitir a mobilização de recursos entre os diversos níveis da OMS
VI	Efetividade nos países	Melhorar a performance da OMS nos países
VII	Papel da OMS na governança global da saúde	Aprimorar a função de autoridade de direção e coordenação da saúde internacional

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011f.

Não havia dúvida de que a organização precisava passar por uma reforma que restabelecesse seu papel condutor na saúde global, tal como pensado quando de sua criação (SRIDHAR; GOSTIN, 2011). Porém, o processo de reforma não escapou de críticas como a ausência de uma justificativa clara que convencesse da necessidade de reforma, a

ausência de considerações acerca das mudanças no contexto da saúde global em que a OMS se vê hoje inserida (DEMOCRATISING GLOBAL HEALTH COALITION ON THE WHO REFORM, 2011), a condução inicial do processo muito centralizada na Diretora Geral e sem a necessária participação dos Estados-membros (RICHTER, 2012), e muita atenção à necessidade de atração de investimentos em detrimento do papel normativo da organização (DEMOCRATISING GLOBAL HEALTH COALITION ON THE WHO REFORM, 2011).

Com essa abordagem dirigida ao desenvolvimento de doadores, **o papel da OMS de estabelecimento de normas e políticas de saúde pública é significativamente subestimado** no documento. Enquanto reconhecemos a necessidade de reforma e reafirmação da OMS, no cenário de um mundo globalizado, deveria ficar claro que a singularidade da OMS como a única entidade com poder de regras de direito na saúde (art. 2 e art. 19 da Constituição da OMS) é uma ferramenta chave em um tempo de “*desafios da saúde global*”, e transição des governada na saúde global. (DEMOCRATISING GLOBAL HEALTH COALITION ON THE WHO REFORM, 2011, p. 2, tradução nossa)¹⁵.

2.4.1 Linhas de trabalho do processo de reforma

O processo de reforma organiza-se em três linhas de trabalho: 1) Trabalho programático, 2) Reforma administrativa, e 3) Governança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011i):

2.4.1.1 Trabalho programático

O propósito da primeira linha de trabalho é o de orientar o direcionamento futuro da organização e na restrição de seu campo de atuação, e pretende a definição estratégica e transparente das prioridades da OMS de maneira consentânea com o financiamento disponível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, s.d.).

Nesse sentido, a proposta apresentada consistia em focar a ação da OMS naqueles assuntos que a organização pode resolver efetivamente, deixando os demais sob a responsabilidade de outros atores. Nessa tentativa, por exemplo, houve consenso ao dizer

¹⁵With this donor-driven development approach, **the norm-setting and public health policy role of WHO is significantly undervalued** in the document. While we recognize the need for WHO to reform and reassert itself in the scenario of a globalized world, it should be clear that the WHO’s uniqueness as the only entity with rule of law powers on health (art. 2 and art. 19 of the WHO Constitution) is a key feature at a time of “*global health challenges*”, and ungoverned transition in global health.

que a OMS tem papel de destaque na coordenação da vigilância e na resposta a riscos sanitários, nas ações humanitárias e no trabalho normativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010e). Em adição, o poder constitucional da OMS de elaborar convenções restou destacado como o papel central da organização, ao lado da geração de evidências sobre tendências e determinantes em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011f).

Quadro 2 – Componente e subcomponentes da linha de trabalho Programas e Prioridades

Linha de Trabalho	Componente	Subcomponentes
Programas e prioridades	Prioridades	Visão e prioridades
		Escopo de trabalho

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013.

A linha de trabalho prevê, igualmente, a melhoria da capacidade de apoio aos Estados-membros por meio da elaboração de um modelo de papéis e responsabilidades entre os três níveis da organização, bem como prevê, em adição, a promoção da transparência na aplicação dos recursos e nos resultados obtidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, s.d.).

O encaminhamento dessa linha de trabalho resultou na definição das seguintes prioridades: 1) promoção da cobertura universal de saúde; 2) Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde; 3) Doenças não transmissíveis, saúde mental, violência e traumas e incapacidades; 4) Implementar as provisões do Regulamento Sanitário Internacional; 5) Aumentar o acesso a produtos médicos de qualidade, seguros e acessíveis; e 6) Tratar dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde como meio de promoção da saúde e redução das desigualdades dentro e entre os países (CASSELS; SMITH; BURCI, 2013).

2.4.1.2 Reforma administrativa

O objetivo da segunda linha de trabalho é o de promover, por meio de reformas na gestão da OMS, uma organização mais efetiva, eficaz e responsiva às necessidades dos Estados-membros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011f). Dentro dessa linha, os

assuntos tratados foram a política de recursos humanos, o financiamento da organização, planejamento, gestão e *accountability* baseados em resultados, comunicação estratégica e alinhamento e efetividade dos órgãos de governo (MISSONI, 2011). Um importante aspecto apresentado nessa linha de trabalho foi a inclusão de processos de avaliação interna (CLIFT, 2013).

Nessa perspectiva, uma das tarefas dessa linha de trabalho foi a de criar uma política de recursos humanos que permita o alinhamento do recrutamento do pessoal com as atividades desenvolvidas na organização, o que demanda a necessidade de contratação rápida e a mobilidade de recursos humanos, que possam se adaptar facilmente aos desafios de saúde na medida em que surgirem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, s.d.).

Um dos fatores que conduziram ao processo de reforma foi a questão financeira, e uma primeira proposta apresentada pela Diretora Geral no sentido de minimizar a restrição de recursos da OMS foi a de incentivar o aumento das contribuições sem finalidade definida pelos doadores. Essa proposta, entretanto, não encontrou boa acolhida, visto que os doadores percebem a OMS como uma instituição pouco transparente e, em razão de sua desconfiança, os doadores priorizam as doações vinculadas a um programa específico.

Visto que a primeira proposta não foi acolhida, o fio condutor da proposta de reforma financeira foi alterado e, no lugar de aumento das doações desvinculadas, foi apresentada a proposta de construção de um orçamento previsível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011h; LEGGE, 2012). Em sua execução, o processo de trabalho da OMS foi alterado de forma que, no lugar de se iniciar pela eleição dos projetos a serem conduzidos, propôs-se iniciar pela estimativa dos recursos disponíveis, para, de posse dessa estimativa, decidir a atuação da organização. Dessa forma, permite-se que as prioridades da organização se coadunem com os recursos disponíveis (CASSELS; SMITH; BURCI, 2013).

Essa pressão dos doadores revelou, ainda, a necessidade de promoção de transparência e de *accountability* nas ações da OMS, de forma a se permitir que os doadores possam acompanhar a efetividade das atividades por eles financiadas (SRIDHAR; GOSTIN, 2011). Para tanto, foi estabelecido um componente cujo objetivo era a implantação de uma cultura de avaliação e de gestão de riscos e resultados na organização.

Quadro 3 – Componentes e subcomponentes da linha de trabalho da Reforma Administrativa

Linha de trabalho	Componentes	Subcomponentes
Reformas administrativas	Comunicação	Política e estratégia de comunicação
		Conscientização sobre a OMS
		Plataforma de comunicação
		Coordenação da comunicação
		Capacidade de comunicação
	Avaliação	Relatórios da Unidade Comum de Inspeção
		Avaliação independente da OMS
		Política de avaliação
	Riscos e <i>accountability</i>	Capacidade de auditoria e fiscalização
		Conflito de interesse
		Política de fornecimento de informações
		Marco de gestão de riscos
		<i>Accountability</i> e controle interno
	Finanças	Alocação de recursos
		Financiamento da administração e gestão
		Mobilização de recursos
		Planejamento no nível do país
		Gestão baseada em resultados
		Diálogo de financiamento
	Recursos humanos	Estratégia de recursos humanos
		Simplificação do recrutamento
		Marco de Mobilidade
		Aprendizado e Desenvolvimento
		Gestão de performance
		Administração de justiça
	Apoio aos Estados-membros	Alinhamento da presença nos países
		Fortalecimento dos escritórios nos países
		Alinhamento, sinergia e colaboração
		Melhoria na gestão do conhecimento
		Fortalecimento da excelência técnica

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013.

2.4.1.3 Governança

No que diz respeito à linha de trabalho da governança, seu objetivo é o de aprimorar a governança interna da OMS e, igualmente, o seu papel na governança global em saúde. Tem também o objetivo de promoção da transparência nos processos decisórios da organização (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013).

Os objetivos fundamentais das reformas da governança interna são promover uma abordagem mais estratégica e disciplinada, aumentar a fiscalização dos aspectos programáticos e financeiros da Organização, e melhorar a eficiência e a inclusão na formação intergovernamental de consenso, fortalecendo os métodos de trabalho dos órgãos de governo. O principal objetivo da reforma do papel da OMS na governança global é aumentar o nível de colaboração com outros interessados que influenciem a política de saúde global e capitalizar mais efetivamente a posição de liderança da OMS para trazer mais coerência entre os vários atores envolvidos na saúde global. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011i, p. 10, tradução nossa)¹⁶.

Assim, internamente, o foco dessa linha de trabalho é a melhoria do trabalho dos órgãos de governo, ou seja, do Conselho Executivo, da Assembleia Mundial da Saúde e dos Comitês Regionais, aprimorando o aproveitamento de suas reuniões e o alinhamento e a harmonia entre eles, e entre a sede e os Escritórios Regionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, s.d.; CLIFT, 2013).

O aspecto externo da reforma da governança pretende equipar a OMS para que ela exerça o papel de autoridade de direção e coordenação da saúde global, nesse sentido, pretende melhorar a interação da organização com os outros atores da saúde, incluindo outras organizações internacionais e também os atores não estatais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, s.d.).

¹⁶ The fundamental objectives for the internal governance reforms are to foster a more strategic and disciplined approach to priority setting, to enhance the oversight of the programmatic and financial aspects of the Organization, and to improve the efficiency and inclusivity of intergovernmental consensus building, by strengthening the methods of work of the governing bodies. The main objective of reforming WHO's role in global health governance is to increase the level of engagement with other stakeholders who influence global health policy and to capitalize more effectively on WHO's leadership position to bring about greater coherence among the many actors involved in global health.

Quadro 4 - Componentes e subcomponentes da linha de trabalho da Governança

Linha de trabalho	Componentes	Subcomponentes
Governança	Fiscalização	Fortalecer o Comitê de Programa, Orçamento e Administração (PBAC)
		Aprimorar papel do Conselho executivo
		Aprimorar papel dos Comitês regionais
	Harmonização e alinhamento	Programação dos órgãos de governo
		Ligações regionais e globais
		Práticas regionais harmonizadas
	Tomada de decisão estratégica	Veto de resoluções pelos órgãos de governo
		Método de trabalho da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo
		Fortalecimento do apoio aos Estados-membros
	Relacionamento nacional	Simplificação dos relatórios nacionais
		Plataforma de comunicação com Estados-membros
	Colaboração	Coordenação da saúde global
		Marcos para colaboração com os atores não estatais
		Fiscalização de parcerias pelos Estados-membros
		Coerência na saúde global

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013.

2.4.2 Avaliações e andamento da Reforma

A reforma da OMS foi submetida a duas etapas de avaliação, sendo que a primeira delas, apresentada à 65ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2012, e foi conduzida pela *Comptroller and Auditor General of India*, que, na ocasião, era responsável pela auditoria externa da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a). Essa primeira avaliação tinha como objetivo verificar se os desafios na governança interna, no financiamento, na gestão de recursos humanos e na governança global que a OMS enfrenta foram compreendidos e se o projeto de reforma era adequado a resolvê-los, ou seja, tratou de uma avaliação das propostas de reforma, não ainda de sua execução.

A conclusão da avaliação, de forma geral, foi a de que o processo de reforma havia se pautado em uma coerente definição de necessidades e em propostas adequadas aos

problemas encontrados, salvo no que diz respeito ao ponto da governança global para o qual a auditoria entendeu que o trabalho ainda não havia progredido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

Interessante notar que, seguindo a lógica que a OMS representa o interesse de vários atores e que o processo de reforma deveria levar em consideração as opiniões dos envolvidos, a abertura a consultas foi um dos aspectos avaliados nesse primeiro momento, com a conclusão de que houve oportunidade para manifestação de Estados-membros, Diretores regionais, funcionários, bem como de atores externos à OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

A segunda etapa da avaliação foi executada pela empresa PricewaterhouseCoopers, foi apresentada em novembro de 2013, e analisou a implementação das propostas. A conclusão dessa avaliação foi de que, no momento de sua publicação, somente cerca de um terço das propostas de reformas já estavam em fase de implementação (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013).

A linha de trabalho de definição de programas, após ter sido bem sucedida ao conseguir a definição de novos parâmetros para definição de prioridades pela OMS e que culminou com a aprovação do Programa Geral de Trabalho 2014-2019 e no Projeto Orçamentário 2014-2015, encontrava-se, no momento da apresentação desse segundo relatório de avaliação, em etapa de implementação, por meio da execução das atividades previstas no Programa mencionado (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013).

A linha de trabalho da reforma administrativa encontrava um gargalo no que diz respeito à definição de uma política de recursos humanos, vez que apenas iniciadas as atividades de gestão de desempenho (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013).

Já a linha de trabalho de governança é a que se encontrava com maior atraso, sobretudo no que diz respeito à colaboração com atores não estatais (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013). A avaliação realizada entendeu que as alterações propostas produziram resultados superficiais. Não havia demonstrações de vontade de abertura da organização:

A OMS está fazendo progressos marginais ao responder ao objetivo de maior coerência na saúde global. Há indicações de que a revisão dos arranjos internos na governança não serão suficientes para modificar os comportamentos individuais e coletivos dos Estados-membros em direção à tomada de decisão eficiente e estratégica. De modo geral, a Organização deve ainda enfrentar a

questão de como se abrir para o mundo exterior. (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013, p. 55, tradução nossa)¹⁷.

Na 68ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2015, a Diretora Geral da OMS apresentou um relatório sobre o andamento da reforma. Todos os componentes da primeira linha de trabalho, nessa ocasião, já estavam em fase de implementação, sendo essa linha a que teve progressos mais rápidos, seguida pela linha de trabalho das reformas administrativas, com 80% das propostas em fase de implementação, e pela linha da governança com 70% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). O gargalo da área dos recursos humanos, da segunda linha de trabalho, foi foco da atenção em 2014, porém sofreu o impacto da epidemia do Ebola, o que impediu seu bom encaminhamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). E, finalmente, na linha de trabalho da governança, ainda serão necessários esforços no que diz respeito à melhoria dos processos decisórios dos órgãos de governo e na definição de um Marco de participação para os atores não estatais, objeto que será estudado em capítulo próximo.

De um modo geral, os críticos do processo de reforma da OMS apresentam uma preocupação de que esse processo conduza, somente, a alterações superficiais e que sejam incapazes de restabelecer a OMS em posição de vanguarda na saúde global (CLIFT, 2014), em outras palavras, que a reforma seja apenas a “rearrumação de espreguiçadeiras em um navio que afunda” (LEE; PANG, 2013, p. 3), não sendo suficiente para impedir que a OMS perca a centralidade na saúde global.

Além disso, esse receio é reforçado ao se verificar que os problemas que a reforma pretende responder são os mesmos já apontados nos demais processos de reforma pelas quais passou a OMS, o que conduz a uma percepção de que a reforma atual trata-se de uma variação de um mesmo tema (LEE; PANG, 2013).

Todavia a mais dura crítica apresentada ao processo de reforma denuncia a possibilidade de condução da OMS a um processo de privatização, que pode ser causado pela necessidade de atração de recursos e a consequente aproximação com os atores privados, sem uma política clara de gestão de conflitos de interesse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a; DUPARC, 2011; RICHTER, 2012).

¹⁷WHO is making marginal progress in addressing the goal of greater coherence in global health. There are indications that the revised internal governance arrangements will not be enough to modify Member States individual and collective behaviors towards efficient and strategic decision making. Overall the Organization has yet to tackle the question of how the Organization opens up to the outside world.

De todo modo, é imprescindível reconhecer que a OMS ocupa um lugar único e insubstituível na saúde global e que não há organização com poderes equivalentes aos seus (SRIDHAR; GOSTIN, 2011; HARMAN, 2014). A OMS é a única instituição da governança global em saúde a gozar de legitimidade legal, no sentido da permissão constitucional formal de atuação em nome dos Estados-membros, bem como de legitimidade por representatividade, uma vez que, nela, todos os Estados-membros possuem igualdade de participação, tendo cada qual um voto (KICKBUSCH; HEIN; SILBERSCHIMIDT, 2014).

Porém, é também inegável que a organização precisa adaptar-se a esse novo contexto no qual os Estados não são os únicos atores determinantes e promover a interação com a sociedade civil e o setor privado, além de melhorar a transparência de seus processos decisórios e a prestação dos resultados obtidos (LORD; SUOZZI; TAYLOR, 2010; LEE; PANG, 2013; KICKBUSCH; HEIN; SILBERSCHIMIDT, 2014).

3 GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

O sistema internacional e o direito internacional dele resultante foram cunhados em conformidade com o modelo Westfaliano, cujas características principais consistem no fato de que se trata de um sistema anárquico, em que as unidades com autoridade superior são os Estados soberanos (BULL, 2002) e no fato de que o uso da força era o meio usual de resolução de diferenças entre essas unidades. Em decorrência disso, o direito internacional clássico, por muito tempo, foi eminentemente um direito interestatal, tendo os Estados como os principais destinatários de suas normas e os únicos sujeitos plenos de direito, ou seja, como únicas entidades que possuíam direitos e deveres na ordem jurídica internacional (MELLO, 2001). Suas regras, além de serem elaboradas em estrita conformidade com os interesses estatais, têm o objetivo de regular minimamente a coexistência entre as unidades do sistema, assegurando o equilíbrio de poder entre elas (BULL, 2001). Mesmo a partir do reconhecimento das organizações internacionais como sujeitos do direito internacional (SHAW, 2010; MELLO, 2001), a tônica do sistema internacional continuou centrada nos Estados, tendo em vista que as decisões produzidas no seio das organizações internacionais – também denominadas organizações interestatais – são o resultado do consenso entre seus Estados-membros.

Na saúde, esse Estadocentrismo é bem representado pelo direito internacional da saúde, cujas normas e princípios focam em como os Estados lidam com as ameaças à saúde em seus territórios e em sua responsabilidade de promoção e proteção da saúde (MCINNES; LEE, 2012). A principal forma de atuação no contexto do direito internacional da saúde é a cooperação internacional em saúde, a qual foi representada pelo instituto da quarentena, criada no século XIV como resposta à propagação de epidemias de peste e cólera e, principalmente, visando a conter seus impactos nocivos ao comércio (SOARES, 2000; VENTURA, 2013). Essa cooperação por meio das quarentenas caracteriza-se, principalmente, pela pactuação bilateral de normas (VENTURA, 2013), em que a saúde é, ainda, compreendida em termos intra fronteiras e de interesse exclusivo dos Estados individualmente considerados (ALLEYNE, 2006-2007).

Mesmo quando se passa para a análise do conceito de direito global à saúde, qual seja a interconexão dos direitos nacionais da saúde e do direito internacional à saúde (BÉLANGER, 2009), evidencia-se a prevalência da participação dos Estados na formação desse direito, deixando pouco espaço para a participação da sociedade civil.

Segundo Lawrence Gostin e Allyn Taylor (2008), direito global da saúde é:

[U]m campo que engloba normas legais, processos e instituições necessários para criar as condições para que as pessoas ao redor do mundo atinjam o mais alto nível possível de saúde física e mental. O campo visa a facilitar comportamentos de promoção da saúde entre os atores-chave que influenciam significativamente a saúde pública, incluindo organizações internacionais, governos, empresas, fundações, mídia e sociedade civil (GOSTIN; TAYLOR, 2008, p. 55, tradução nossa)¹⁸.

Muito embora o conceito de saúde global demande a atuação dos demais atores, o que se percebe é a tendência de continuidade da centralidade dos Estados. Esse paradigma, contudo, não passou incólume à influência da globalização. Sobre tudo na saúde e no que concerne às necessidades de resposta às doenças infecciosas com potenciais características epidêmicas e pandêmicas, ficou claro que a atuação isolada dos Estados não é efetiva (MCINNES; LEE, 2012; GOSTIN; MOK, 2009; TAYLOR, 2004; YOUDE, 2012). Além disso, o estreitamento da ligação de pessoas ao longo de diferentes países, a mobilidade de profissionais de saúde e pacientes e seu crescente interesse sobre assuntos de saúde, demanda mais intensamente o recurso a respostas coletivas (MCINNES; LEE, 2012). Os mecanismos até então disponíveis pelo direito internacional da saúde não conseguem mais responder à nova realidade da saúde global:

A disseminação de doenças, a importação de bens de consumo e a migração de profissionais de saúde não pode ser controlada adequadamente por Estados isoladamente, mas depende de cooperação e assistência internacional. Apesar da importância de uma estratégia coerente para a saúde global, o sistema tradicional de governança internacional da saúde, que abarca primariamente Estados e organizações intergovernamentais, está sendo incapaz de governar efetivamente o novo contexto global de saúde. (GOSTIN; MOK, 2009, p. 8, tradução nossa)¹⁹.

¹⁸[A] field that encompasses the legal norms, processes, and institutions needed to create the conditions for people through the world to attain the highest possible level of physical and mental health. The field seeks to facilitate health-promoting behavior among the key actors that significantly influence the public's health, including international organizations, governments, businesses, foundations, the media, and civil society.

¹⁹The spread of disease, the importation of consumer goods and the migration of health professionals cannot be adequately controlled by states in isolation, but depend on international cooperation and assistance. Despite the importance of a coherent strategy for global health, the traditional system of international health governance, which primarily encompasses states and intergovernmental organizations, has been unable to

Outrossim, cabe ressaltar que os Estados não permanecem como os únicos interessados na saúde global, mas são acompanhados por uma miríade de atores transnacionais (KICKBUSCH, 2005). Os movimentos civis, as grandes corporações multinacionais, os “indivíduos super empoderados”²⁰ fazem contribuições marcantes para as políticas de saúde (YOUDE, 2012), ocupando o vácuo deixado onde as respostas providas pelos Estados e organizações internacionais se mostram ineficientes (GOSTIN; MOK, 2009). Nesse sentido, “Saúde global difere da saúde internacional ao se definir por meio de uma interação complexa entre Estados e atores não estatais e por meio de novos mecanismos organizacionais que permitem seu envolvimento” (KICKBUSCH, 2005, p. 970, tradução nossa)²¹.

Essa multiplicidade de atores interessados e suas ações coletivas expressam a passagem do “governo” para a ideia de “governança”, que pode ser definida como o conjunto de normas, regras e princípios, sejam formais ou informais, que aportam ações e respostas coletivas para atingirem objetivos comuns da sociedade (MCINNES; LEE, 2012; DODGSON; LEE; DRAGER, 2002). O termo “refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e não dependem, necessariamente, do poder de polícia para que sejam aceitas e vençam resistência” (ROSENAU, 2000, p. 15).

Uma boa governança, portanto, deveria implicar a ampliação dos atores que participam das decisões coletivas, e implicaria uma “difusão da autoridade política” (NORRIS, 2000, p. 2). Em adição, demanda a consideração das interações que ocorrem em nível nacional, local, regional e global, ademais daquelas que acontecem no nível interestatal (DINGWERTH; PATTBERG, 2006).

A boa governança, pois, deveria, conforme ensinado por David Fidler (2002), incluir, ao lado dos Estados, esses novos atores na elaboração das normas da governança global:

effectively govern in the new global health context.

²⁰O termo “super-empowered individuals” foi utilizado por Murphy para designar personalidades extremamente ricas e notáveis, como Bill e Melinda Gates e Bill Clinton, que se dedicam a ações filantrópicas na seara da saúde (MURPHY *apud* YOUDE, 2012, p. 83).

²¹Global health is different from international health in that it defines itself through a complex interplay between state and non-state actors and through new organizational mechanisms that allow for their involvement.

Assim, na governança global, ONGs e [Corporações Multinacionais] participam da criação e modificação de novas regras do direito internacional e são diretamente afetadas pelas regras legais internacionais. Ao contrário, governança internacional envolve apenas os Estados na elaboração das regras e essas se aplicam somente aos comportamentos intraestatais. (FIDLER, 2002, p. 9, tradução nossa)²².

Como mencionado, um marco importante dessa diversificação de atores consiste na inclusão de atores outros que os Estados, dentre eles, a sociedade civil global, ressaltando que essa expressão não tem fácil definição, mas abrange, grosso modo, uma variedade de instituições tais como organizações não governamentais (ONGs), instituições religiosas, fundações e organizações de pacientes e profissionais (BARMANIA; LISTER, 2013) e que é mais comumente identificada pela figura das ONGs que desempenhariam o papel de “porta-voz” da sociedade civil (CROUZATIER, 2009; DODGSON; LEE; DRAGER, 2002).

Uma das características da atuação de tais atores, é que suas decisões não se baseiam em processos formais e impositivos de decisão, como acontece nas estruturas estatais, mas partem, normalmente, da busca da construção do consenso ou da pressão política (VILLA, 1999) – da qual um bom exemplo foi a pressão exercida sobre os delegados na discussão da Convenção Quadro para Controle do Tabaco por meio da concessão do “Troféu Orquídea” e do “Troféu Cinzeiro Sujo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; WIPFLI, 2015, p. 48).

Do que disposto, verifica-se que o próprio conceito de governança global exige a participação da sociedade civil. No caso das ONGs, defende-se que sua inclusão na governança global contribui para garantir a representatividade de países em desenvolvimento e de grupos minoritários de indivíduos em diferentes países, assim, contribuindo para aumentar o grau de “democratização” das relações internacionais (NOSSA COMUNIDADE GLOBAL, 1996; WOUTERS; MEESTER; RYNGAERT, 2004; YOUDE, 2012).

Esses atores seriam capazes de promover a conexão entre os tomadores de decisão na política internacional e os constituintes que eles representam (ESTY *apud* WOUTERS;

²²Thus, in global governance, NGOs and MNCs participate in the creation and modification of new rules of international law and are affected directly by international legal rules. By contrast, international governance involves only states in the making of rules, and the rules themselves applied only to inter-state behavior.

MEESTER; RYNGAERT, 2004). Em decorrência de sua proximidade em relação aos indivíduos e de sua capilaridade junto à população local, as ONGs são normalmente indicadas como uma das soluções para o deficit democrático no direito internacional (LITSIOS, 2004; WOUTERS; MEESTER; RYNGAERT, 2004).

A participação da sociedade civil, na saúde, é, ademais, não somente um direito mas um dever, em consonância com o princípio IV da Declaração de Alma Ata de 1978. Esse princípio apregoa o envolvimento da comunidade no sistema de saúde, revelando a compreensão de que a participação democrática é componente constitutivo do direito à saúde (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007; MELO, 2005).

Contudo, o que se constata é que a governança global não atingiu, ainda, o grau desejado de participação da sociedade civil:

Os desafios do deficit democrático na produção do direito internacional são particularmente agudos na saúde pública – uma seara onde a participação pública é crítica. Enquanto atores não estatais, incluindo organizações não governamentais locais e internacionais, fundações privadas, e empresas privadas, desempenham papéis crescentemente importantes e até dominantes na governança global da saúde como o novo Mecanismos Inovativos para Financiamento da Saúde Global [*Innovative Mechanisms for Financing Global Health*], os processos da governança global de saúde continuam, de forma geral, a excluir tais grupos de significativa participação consistente e contínua em esforços de produção legal. (LORD; SUOZZI; TAYLOR, 2010, p. 575, tradução nossa)²³.

Lawrence Gostin e Allyn Taylor (2008) denunciam que não há um aproveitamento suficiente da sinergia entre os diversos atores da saúde global, de forma que as decisões tomadas nesse campo continuam a seguir estritamente os interesses nacionais e não, necessariamente, respondem às necessidades da saúde pública, já que “as leis que são elaboradas e as leis que são implementadas dependem da vontade dos Estados” (GOSTIN; TAYLOR, 2008, p. 59).

Partindo dessa hipótese de limitação da participação da sociedade civil, importa avaliar a existência de canais formais para que tal participação aconteça, e, dado que a

²³The challenges of democratic deficits in international lawmaking are particularly acute in public health — a realm where public participation is critical. While non-state actors, including local and international non-governmental organizations, private foundations, and private enterprises, are playing increasingly important and even dominant roles in global health governance such as the new Innovative Mechanisms for Financing Global Health, the processes of global health governance continue, in the main, to exclude such groups from consistent and on-going meaningful participation in lawmaking efforts.

produção das normas internacionais da saúde global acontecem predominantemente nas organizações internacionais, por serem foros apropriados para a reunião dos atores interessados (GOSTIN; TAYLOR, 2008), elas tornam-se o foco preferencial de tal averiguação. Desta maneira, para os fins do trabalho aqui proposto, importa investigar a participação da sociedade civil na Organização Mundial da Saúde, organização erigida para ser a principal autoridade na coordenação do direito internacional à saúde, mas que, todavia, é acusada de não promover a participação dos atores não estatais (LORD; SUOZZI; TAYLOR, 2010).

4 A PARTICIPAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Segundo Nicolas Leroux (2009), desde a Sociedade das Nações é intensa a participação de organizações não governamentais nas atividades das organizações interestatais. Contudo, ainda conforme o mesmo autor, essa prática somente foi positivada alguns anos mais tarde, com a inclusão do artigo 71 na Carta das Nações Unidas, que autoriza a aproximação com tais organizações por meio do Conselho Econômico e Social:

O Conselho Econômico e Social poderá entrar nos entendimentos convenientes para a consulta com organizações não governamentais, encarregadas de questões que estiverem dentro da sua própria competência. Tais entendimentos poderão ser feitos com organizações internacionais e, quando for o caso, com organizações nacionais, depois de efetuadas consultas com o Membro das Nações Unidas no caso. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1945).

Essa mesma realidade fez parte, desde sempre, dos trabalhos da Organização Mundial da Saúde, cuja Constituição, também em seu artigo 71, dispõe sobre a cooperação com as organizações não governamentais (ONGs), *in verbis*:

A Organização pode, em assunto dentro da sua competência, tomar todas as disposições convenientes para consultar e cooperar com organizações internacionais ou governamentais e, com aprovação do Governo interessado, com organizações nacionais, governamentais ou não governamentais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

A aproximação com a sociedade civil na área da saúde é inerente a esse campo; como bem elucidado por Mahler a respeito da atenção primária à saúde: “a atenção primária à saúde se inicia com o povo e seus problemas de saúde [...]” (MAHLER *apud* LITSIOS, 2004, p. 57). Nesse sentido, é natural que exista o envolvimento da sociedade nos assuntos relativos à saúde, o qual decorre, pois, de sua interconexão com as relações sociais e toma formas diversas, a depender do contexto histórico e social em que atua, tal como explicitado em relatório produzido pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde:

Dado que a Saúde abarca tantos setores que impactam na sociedade e nas relações na sociedade, é natural que a Sociedade Civil tenha sempre sido um ator

proeminente na formação das políticas de Saúde, nos resultados da Saúde e nas ações no entorno da Saúde. Isso aconteceu e continua a acontecer de inúmeras maneiras – por meio da articulação de necessidades e demandas, por meio do provimento de liderança quando tais demandas tomam uma forma organizada de ação, por meio da articulação de alternativas, por meio da construção de modelos que suportam replicação, etc. (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007, p. 12, tradução nossa)²⁴.

Como já discutido, a governança global da saúde demanda a introdução, nos processos de decisão, daqueles que serão afetados pelas normas deles resultantes, significa instituir uma “abordagem de tomada de decisão democrática que permita a participação de todos os interessados” (ARNAUD, 2014, p. 80). Por essa necessidade de abarcar os interessados nos processos decisórios, é encorajado o desenvolvimento de ações em conjunto com as organizações não governamentais, tomadas como elemento de conexão entre os interesses individuais e o aparato governamental (LITSIOS, 2004; WOUTERS; MEESTER; RYNGAERT, 2004).

Ademais, em um contexto de múltiplos atores e de diversas fontes de financiamento, não pode ser olvidado que as organizações não governamentais concentram uma grande parte dos recursos destinados à saúde, sendo o principal destino das doações realizadas por indivíduos particulares, além de receberem também recursos de governos, de empresas e de fundações privadas (MCCOY; CHAND; SRIDHAR, 2009).

A própria OMS reconhece, em relatório do Secretariado de 2013, a incapacidade de desenvolver plenamente seu mandato sem a colaboração com a sociedade civil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013f). O mesmo entendimento se repete em relatório preparado, em 2013, pela Diretoria Geral:

Organizações não governamentais continuam a representar um papel crítico no apoio ao trabalho da OMS ao cumprir com seu mandato constitucional. Por exemplo, organizações internacionais foram instrumentais na advocacia por assuntos de saúde pública promovidos pela OMS e na expansão do alcance e audiência da Organização nesses aspectos. Organizações não governamentais desempenharam um papel vital ao trazer assuntos de saúde emergentes à atenção da OMS e ao proteger e levantar o perfil dos interesses em saúde pública para estimular respostas concertadas. Organizações não governamentais também continuam a ser importantes parceiros da OMS no plano nacional, envolvidas não somente em trabalhos humanitários e de resposta a emergências, mas

²⁴Given that Health embraces so many strands that impact on society and relations in society, it is but natural that Civil Society has always been a prominent actor in shaping Health policies, Health outcomes and actions around Health. This has happened and continues to happen in a number of ways – through articulation of needs and demands, through providing leadership when such demands take an organized form of action, through articulation of alternatives, through building of models that bear replication, etc.

também na construção das capacidades de sistemas de saúde nacionais e promovendo uma série de significativas iniciativas na saúde pública. (WORLD, HEALTH ORGANIZATION, 2013b, p. 2, tradução nossa)²⁵.

As contribuições que a sociedade civil realiza no setor da saúde englobam, por exemplo, a prestação de serviços, a promoção, a *advocacy*, a alocação de recursos e o monitoramento e avaliação das ações prestadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001f; LEE, 2009). Ela se destaca pela atuação, sobretudo, no espaço negligenciado tanto pelo Estado como pelo mercado, prestando serviços de saúde ou mobilizando recursos para locais pobres e remotos (LEE, 2009).

No seio da Organização Mundial da Saúde, o que é valorizado é o aporte de “perspectivas, recursos e capacidade de divulgação” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a, p. 8) trazido pelo trabalho das ONGs. A cooperação com essas organizações acontece, principalmente, por meio do fornecimento de informações pelas organizações de cunho profissional - que apoiam o desenvolvimento de normas e de padronização pela OMS, e, igualmente, por meio da execução de atividades no campo, nas ocasiões em que necessária a execução de ações de promoção da saúde ou a intervenção em emergências humanitárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b). Ora, sendo a OMS uma agência normativa e de coordenação de ações de saúde, é imprescindível que possa contar com organismos que possam colaborar com a elaboração das normas e com a execução das atividades programadas (BURCI; VIGNES, 2004).

Nessas atividades, as organizações podem agir individualmente, ou podem se unir em redes de organizações, como forma de assegurar a representação de seus interesses em comum nos encontros da OMS, como são exemplos o *NGO Committee on Primary Health Care*, no entorno da Conferência de Alma Ata (LITSIOS, 2004), e a *Framework Convention Alliance* e a *Network for Accountability of Tobacco Transnationals*, nas negociações da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (WIPFLI, 2015).

²⁵Nongovernmental organizations continue to play a critical role in supporting WHO's work to fulfil its constitutional mandate. For example, nongovernmental organizations have been instrumental in advocating for issues of public health promoted by WHO and expanding the Organization's outreach and audience in that regard. Nongovernmental organizations have played a vital role in bringing emerging health issues to the attention of WHO and in protecting and raising the profile of public health concerns in order to galvanize concerted responses. Nongovernmental organizations also continue to be important partners of WHO at the country level, involved not only in WHO's humanitarian and emergency response work, but also in building national health systems capacity and advancing a range of significant public health initiatives.

A colaboração com as organizações não governamentais, a princípio, seria proveitosa para ambos os lados: para as ONGs a OMS conferiria abertura para a manifestação de seus interesses, além do apoio na execução de atividades, e, para a OMS, lembrando que a organização tem como principal característica a coordenação e não a operacionalização dos programas de saúde, significa receber o aporte de opiniões e de força tarefa necessários para a execução desses programas (BURCI; VIGNES, 2004). Além disso, segundo o *Programme Budget Web Portal* da OMS, que contém dados sobre o orçamento da organização para o biênio 2014-2015, 5% do financiamento de seus programas provém de organizações não governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, *s.d.*).

Porém, nem sempre a OMS pareceu aproveitar toda a potencialidade desse envolvimento com as ONGs (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1950; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001f; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013f). Já nos primeiros anos de funcionamento da OMS, o Conselho Executivo aconselhou providências, como a divulgação junto aos órgãos técnicos da lista de ONGs com relações oficiais com a OMS, visando a incentivar o melhor aproveitamento da infraestrutura e capacidades que as ONGs adicionavam aos trabalhos da organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1950).

Em 1976, o então Diretor Geral da OMS advogava por uma aproximação maior com as organizações não governamentais, sobretudo para cuidar de assuntos da atenção primária em saúde (LITSIOS, 2004) – representativo dessa importância foi o papel ocupado por esses atores nas discussões que deram origem à Declaração de Alma Ata, de 1978, quando puderam envolver-se na condição de participantes e não somente de meros observadores (LITSIOS, 2004), e que resultou no reconhecimento formal do papel desempenhado pela sociedade civil na saúde.

Novamente em 2001, a necessidade de aproveitamento mais eficaz dessa cooperação com as ONGs deu surgimento ao programa *Civil Society Initiative*, com a finalidade de “discutir políticas sobre o papel da sociedade civil na saúde pública e guiar as políticas da OMS para fortalecer a relação com as organizações da sociedade civil” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012e, p. 3). As propostas apresentadas por esse estudo, entretanto, não tiveram continuidade nos anos seguintes.

E, por fim, a situação da colaboração com os atores não estatais tornou-se mais uma vez presente no contexto da reforma da Organização Mundial da Saúde iniciada em 2011.

Ao longo dessas discussões na OMS sobre a participação da sociedade civil, percebeu-se a alteração dos termos utilizados para identificar tais atores: Nos documentos constituintes da OMS, o termo utilizado era somente “organizações não governamentais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Em 2001, esse termo foi substituído pela expressão “sociedade civil”, que, de modo geral, abrangeria as ONGs e também outros atores, dentre os quais, marcadamente, organizações voluntárias e sem fins lucrativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a):

Entende-se por sociedade civil uma esfera social que não depende nem do Estado nem do mercado. Está cada vez mais ampliado o entendimento de que as organizações da sociedade civil são organizações não estatais, de voluntariado, integradas por pessoas pertencentes à esfera social da sociedade civil. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a, p. 5, tradução nossa)²⁶.

Por fim, a partir do processo atual de reforma, o termo eleito passou a ser “atores não estatais”, o que denota ampliação das instituições que poderiam ser consideradas sob tal conceito.

Antes de descrever como é a participação conferida às ONGs pelas instituições em vigor, faremos uma explanação sobre como são estabelecidas as relações entre as organizações não governamentais e a OMS e como essas se caracterizam. Para tanto, foram consultados os seguintes instrumentos legais: Constituição da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946); Princípios que regem as relações entre a Organização Mundial da Saúde e as organizações não governamentais; Regimento Interno da Assembleia Mundial da Saúde; Regimento Interno do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, documentos constantes dos Documentos Básicos da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

²⁶Se entiende por sociedad civil una esfera social que no depende del Estado ni del mercado. Está cada vez más extendido el entendimiento de que las OSC son organizaciones no estatales, de voluntariado, integradas por personas pertenecientes a la esfera social de la sociedad civil.

4.1 Estabelecimento de relações entre a Organização Mundial da Saúde e as organizações não governamentais: etapas

As relações entre as organizações não governamentais e a OMS obedecem a regras estabelecidas nos documentos oficiais da Organização, notadamente àquelas constantes do documento “Princípios que regem as relações entre a Organização Mundial da Saúde e organizações não governamentais”. Em consonância com o art. 1.3 dessas regras, essa cooperação tem como objetivos promover as políticas e estratégias acordadas pelos órgãos de direção da OMS, colaborar com os vários programas da OMS e garantir a harmonização dos interesses intersetoriais entre os atores do cenário nacional, regional e internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d). As relações estabelecidas em conformidade com os princípios mencionados são classificadas como relações oficiais.

Como destacado por Gian Luca Burci e Claude-Henri Vignes (2004), essa estrutura difere da figura das relações consultivas que impera nas demais organizações do sistema ONU, cujo paradigma é a estrutura existente no Conselho Econômico e Social (LEROUX, 2009), e essa diferença explica-se pelo fato de que o esperado da cooperação com as ONGs na OMS é menos o engajamento em debates, como é o caso no ECOSOC e mais o aporte técnico e de execução das atividades (BURCI; VIGNES, 2004).

Segundo os “Princípios que regem as relações entre a Organização Mundial da Saúde e organizações não governamentais”, para que a participação de uma ONG nas atividades da OMS chegue a se consolidar como relações oficiais, deve-se respeitar a um processo que conta com três etapas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d):

- 1ª fase - Contato informal: nessa etapa, ocorre o intercâmbio de informações e participação em encontros técnicos, e tem como objetivo a definição das metas da colaboração e a proposta de atividades conjuntas. Essa etapa não se baseia em um acordo escrito e não tem um prazo de duração estabelecido (princípio 2.3) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d);
- 2ª fase - Relações de trabalho: é precedida da realização de algumas atividades conjuntas. Ela se inicia com a troca de notas diplomáticas nas quais são indicadas as bases da cooperação, as atividades a serem desenvolvidas, os recursos a serem aportados pela OMS e pela ONG, e,

ainda nelas, são designados os oficiais técnicos responsáveis pela cooperação. Nessa etapa, que tem duração aproximada de dois anos, as ONG enviam à OMS planos de trabalho para o desenvolvimento de atividades conjuntas e, ao final do prazo acordado, ocorre uma avaliação conjunta do trabalho desenvolvido e, quando é o caso, a proposta de atividades futuras (princípio 2.4) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Após essa etapa, podem haver três resultados: extensão da etapa de relações de trabalho, inscrição para admissão às relações oficiais, ou término da colaboração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

- 3ª fase – Relações oficiais: essa se inicia pela solicitação de estabelecimento de relações formais com a OMS.

Todavia, o prosseguimento para essa fase não é mandatório, pois, como já mencionado, a ONG pode continuar estritamente na fase de relações de trabalho sem se inscrever para as relações oficiais, ou é possível, ainda, que se considere não haver justificativa para a continuidade das atividades conjuntas (princípio 2.4) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

No quadro 5 abaixo, apresentamos resumo das características de cada uma dessas fases de relacionamento entre as organizações não governamentais e a OMS.

QUADRO 5 – Fases do estabelecimento de relações oficiais com a Organização Mundial da Saúde

	Fase	Exigência de prazo	Instrumento constitutivo	Avaliação
1ª	Contato informal	Não há prazo limite	Não há	Não há avaliação formal
2ª	Relações de Trabalho	Em média, dois anos	Notas diplomáticas	Realizada quando no cumprimento do Plano de Trabalho
3ª	Relações Oficiais	Antecedido de, pelo menos, dois anos de relações de trabalho	Resolução do Conselho Executivo e Plano de trabalho	A cada três anos

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d.

Para a OMS, como já discutido, o interesse em estabelecer relações oficiais com as organizações não governamentais decorre de sua natureza de órgão de coordenação e de normatização (BURCI; VIGNES, 2004). A OMS depende fortemente da capacidade de execução das ONGs para a operacionalização de suas atividades, sobretudo no que diz respeito às ações de ajuda humanitária, nas quais as ONG são reconhecidamente “ponta de lança” (CROUZATIER, 2009, p. 59). E, para promoção de sua efetividade, logo que consolidada a lista com os nomes das ONG que possuem relações oficiais com a OMS, ela é disponibilizada aos presidentes dos comitês de especialistas, os quais são estimulados a fazer uso da estrutura das ONG na execução de seus programas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1950).

Outras vantagens advindas das relações com as organizações não governamentais para a OMS são o apoio na divulgação de suas políticas (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002), como meio de ter conhecimento da opinião pública e das necessidades da população local, além da contribuição realizada à democratização da própria OMS:

Quando essa colaboração se aplica à elaboração de políticas, isso reforça também a democratização da cooperação e as relações internacionais; ademais, faz com que o trabalho da OMS seja mais visível e transparente e contribui para a construção ativa de uma responsabilização pública no contexto da ampliação do marco das Nações Unidas para a boa gestão dos assuntos públicos mundiais. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002, p. 14, tradução nossa)²⁷.

Por outro lado, a OMS aponta como interesses das ONGs em estabelecer relações consigo a possibilidade de acesso a informações, experiências e conhecimento técnico que fortaleçam sua atuação, a ampliação de seu poder de divulgação e influência e, em adição, o prestígio e a credibilidade que decorrem da associação a uma organização com o porte da OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

²⁷Cuando esa colaboración se aplica a la elaboración de políticas, ello refuerza también la democratización de la cooperación y las relaciones internacionales; además, hace que la labor de la OMS sea más visible y transparente y contribuye a la construcción activa de una responsabilización pública en el contexto de la ampliación del marco de las Naciones Unidas para la buena gestión de los asuntos públicos mundiales.

4.2 Processo de estabelecimento de relações oficiais

Uma vez cumprido o prazo mínimo de dois anos de relações de trabalho e havendo interesse no estabelecimento de relações oficiais, a organização não governamental deve iniciar o processo de sua solicitação por meio do envio de requerimento à sede da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a). Em alguns casos, o próprio Diretor Geral, na sequência do cumprimento de um prazo mínimo de relações de trabalho com uma ONG, pode convidá-la ao estabelecimento de relações oficiais²⁸.

Adicionado ao requerimento, a ONG deve entregar uma proposta de plano de trabalho trienal, cópias de publicações que tenham sido por ela editadas, e respostas a um questionário padrão que demanda, grosso modo, informações visando à verificação dos critérios para admissão de relações oficiais: 1) valores, composição, propósitos e estrutura da ONG; 2) número total de membros, categorias e formas de afiliação; 3) atividades desenvolvidas; 4) legitimidade para falar pelos afiliados; e 5) interesse específico a ser desenvolvido junto à OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Além disso, destaca-se o que disposto no princípio 3.1 segundo o qual a ONG não deve ter natureza comercial ou lucrativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Essa documentação é recebida pelo Secretariado da OMS que, após elaboração de um parecer sobre o pedido da ONG, a encaminha para o Comitê Permanente sobre Organizações Não Governamentais²⁹. O Comitê, por sua vez, elabora uma recomendação³⁰ a respeito da solicitação de relações oficiais e a encaminha para o Conselho Executivo, que é o órgão competente para tal decisão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

O Conselho Executivo analisa a recomendação enviada pelo Comitê Permanente e decide pela aprovação, adiamento ou negativa de estabelecimento de relações oficiais. Essa decisão, por fim, é comunicada à ONG pelo Diretor Geral da OMS (WORLD HEALTH

²⁸Nesse sentido, cf. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1951b.

²⁹ O Comitê Permanente sobre Organizações Não Governamentais é um dos comitês do Conselho Executivo cuja atribuição é analisar as solicitações de relações oficiais e revisar as colaborações já estabelecidas.

³⁰Em razão do crescente volume de solicitações recebidas, o Comitê Permanente vem adotando a prática de basear-se largamente nas recomendações realizadas previamente pelo Secretariado da OMS, realizando apenas consultas adicionais de esclarecimento, quando entende necessárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a). Cf. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012d; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014e; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015f.

ORGANIZATION, 2014d); sendo que, quando consiste em negativa, a solicitação somente pode ser renovada após decorrido o prazo mínimo de dois anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Interessante notar que não há a previsão de direito de resposta para as objeções que forem feitas à solicitação (LEROUX, 2009). Existe, apenas, a possibilidade de apresentação de informações adicionais, contudo condicionada à demanda do próprio Conselho Executivo.

Uma vez aprovada a autorização, a ONG passa à fase de relações oficiais com a OMS, da qual decorrem prerrogativas e também deveres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d). Além disso, a ONG passa a se submeter a um processo de acompanhamento e avaliação trienal realizado pelo Comitê Permanente sobre Organizações Não Governamentais para determinar se permanecem os requisitos necessários para o estabelecimento das relações oficiais e, também, a conveniência de sua manutenção (princípios 4.6 e 4.7).

São três as prerrogativas conferidas às organizações não governamentais com relações oficiais: 1) o direito de indicar um representante para participar, sem direito a voto, dos eventos da organização; 2) o direito ao acesso a documentos oficiais não sigilosos; e 3) o direito de submeter memorandos ao Diretor Geral da OMS, que decidirá sobre sua natureza e escopo de circulação no âmbito da instituição.

Do direito de participar dos eventos da OMS pode decorrer, caso o tema do evento seja de interesse da ONG, um convite para que seu representante faça uma exposição. E, do direito de submeter memorandos, pode resultar sua inclusão na agenda da Assembleia Mundial da Saúde, caso o Conselho Executivo decida dessa forma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Quanto aos deveres decorrentes das relações oficiais, estão os de implementar o programa de colaboração acordado; de disseminar informações sobre as políticas e programas da OMS; e o de colaborar na implantação, no âmbito nacional, regional e global, do programa Saúde para Todos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Em janeiro de 2015, a lista de organizações não governamentais com relações oficiais com a OMS contava com 202 organizações, de propósitos variados, dentre as quais se encontram, lado a lado, associações profissionais, entidades acadêmicas e de pesquisa,

entidades de ajuda humanitária, associação de pacientes ou de luta contra enfermidades, entidades de promoção de direitos e de advocacia em saúde, e associações de representação de outras organizações com interesses comerciais, dentre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015i).

4.3. Participação resultante da concessão de relações oficiais

Como já mencionado, após estabelecimento de relações oficiais, a ONG poderá participar das reuniões dos órgãos de governo da OMS, quais sejam da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo.

O acesso à Assembleia Mundial da Saúde dá-se em conformidade com o disposto no artigo 47 de seu Regimento:

Representatives of non-governmental organizations with which arrangements for consultation and co-operation have been made, in accordance with Article 71 of the Constitution, may be invited to attend plenary meetings and meetings of the main committees of the Health Assembly and to participate without vote therein in accordance with those arrangements, when invited to do so by the President of the Health Assembly or by the chairman of a main committee, respectively. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d, p. 151-152).

O Quadro 6 abaixo sumariza as prerrogativas concedidas aos atores que formam a audiência da Assembleia Mundial da Saúde, em consonância com o Regimento da Assembleia Mundial da Saúde e os Princípios que regem as relações entre a Organização Mundial da Saúde e as organizações não governamentais.

Quadro 6 - Prerrogativas conferidas à audiência da Assembleia Mundial da Saúde

Participante	Sessão Plenária	Sessão das Comissões Principais	Reuniões das Subcomissões e outras subdivisões	Bureau da Assembleia	Prerrogativas adicionais
Delegação de Estado membro	Direito de participação e de voto	Direito de participação e de voto	Direito de participação e de voto	Têm direito de voto somente os 25 membros eleitos. Os demais, somente, direito de participação	Plenitude de prerrogativas e exclusividade de participação na Comissão de Verificação de Poderes
Representante de membros associados	Direito de participação	Direito de participação	Direito de participação	Não possui acesso	Semelhantes às dos Estados-membros, salvo acesso à Comissão de Verificação de Poderes
Representante da ONU e demais organizações intergovernamentais	Direito de participação	Direito de participação	Direito de participação	Não possui acesso	Acesso a documentos não sigilosos e apresentação de notas ao Diretor Geral
Observador de Estados não membros e de territórios	Direito de assistir, e, mediante convite do presidente, de exposição	Direito de assistir, e, mediante convite do presidente, de exposição	Não possui acesso	Não possui acesso	Acesso a documentos não sigilosos e apresentação de notas ao Diretor Geral
Representante das ONG com relações oficiais	Direito de assistir, e, mediante convite do presidente, de exposição	Direito de assistir, e, mediante convite do presidente, de exposição	Não possui acesso	Não possui acesso	Acesso a documentos não sigilosos e apresentação de memorandos ao Diretor Geral
Representante das ONG sem relações oficiais	Desde que lhe seja concedida autorização para assistir à reunião	Desde que lhe seja concedida autorização para assistir à reunião	Não possui acesso	Não possui acesso	Acesso a documentos não sigilosos pelo sítio eletrônico
Público geral	Desde que lhe seja concedida autorização para assistir à reunião	Desde que lhe seja concedida autorização para assistir à reunião	Não possui acesso	Não possui acesso	Acesso a documentos não sigilosos pelo sítio eletrônico

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d.

O que se percebe, da análise do Quadro 6, é que, embora as organizações não governamentais com relações oficiais com a OMS possuam como principal prerrogativa o direito de participação nas reuniões dos órgãos governamentais da OMS, essa participação é restrita quando comparada àquela conferida aos demais atores que fazem parte dessa audiência.

O direito de participação das organizações com relações oficiais e dos observadores de Estados não membros e de territórios são equivalentes, pois esses participantes não possuem acesso às reuniões das Subcomissões da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo, nem ao Bureau da Assembleia.

Tanto as organizações não governamentais como os observadores de Estados não membros e territórios podem fazer exposições quando convidados pela presidência das reuniões e, ainda, podem manifestar-se por escrito por meio da entrega de memorando ou de notas, respectivamente, ao Diretor Geral da OMS, que analisará a oportunidade de replicar tais manifestações aos demais participantes dos eventos.

Nesse sentido, esses dois participantes somente possuem garantias adicionais quando comparados às organizações não governamentais que não possuem relações oficiais e ao público geral, cujo acesso a tais reuniões somente acontece de maneira *ad hoc* e não confere nenhuma possibilidade de manifestação de pontos de vista, ainda que por escrito.

Cabe, ainda, fazer uma breve menção ao direito de acesso aos documentos não sigilosos que é conferido às organizações não governamentais quando lhes é concedido o status de relações oficiais. Esse direito, entretanto, foi largamente esvaziado pelo fato de que tais documentos são disponibilizados no sítio eletrônico da Organização Mundial da Saúde, demandando das ONGs e do público geral, somente, acesso à internet.

Essas mesmas condições de participação na Assembleia Mundial de Saúde são replicadas no que diz respeito ao Conselho Executivo, conforme disposto no art. 4 de seu Regimento Interno, ou seja, o representante da ONG pode participar das deliberações do Conselho, sem direito a voto, e pode fazer exposições, mediante convite.

Além disso, consoante o art. 4.4 do Regimento aplicável aos quadros e comitês de especialistas, as organizações não governamentais com relações oficiais podem ser convidadas a participar de reuniões de comitês de especialistas cujos trabalhos se refiram a

temas de interesse da ONG, bem como podem ser convidadas a participar de eventos e programas desenvolvidos nos Escritórios Regionais da OMS e com os quais tenham afinidades de interesse, aproximação que, aliás, é incentivada e estimulada pela própria OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

4.4 Relações de trabalho e participação conferida

Ao lado das relações oficiais que estão previstas nos documentos básicos da Organização Mundial da Saúde, outra possibilidade de relacionamento com a OMS se dá por meio de relações de trabalho.

O modo de estabelecimento de relações oficiais adotado pela OMS é bastante rígido e burocrático, tanto para as ONG que devem responder a questionários e encaminhar extensa documentação (por exemplo, cópias de seus documentos constitutivos e das publicações realizadas pela ONG), bem como para a própria OMS, que deve analisar a documentação enviada e requisitar, sempre que necessário, documentos adicionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b).

Ademais, considerando a necessidade de cumprimento do prazo mínimo de dois anos de relações de trabalho, esse processo é, também, demorado. Conforme estudo conduzido pela OMS em 2002, comparado aos procedimentos adotados no Sistema das Nações Unidas, esse seria um dos mais complexos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b).

Destarte, não é surpresa que um estudo publicado pela OMS reconheça haver mais ONGs em relações de trabalho que em relações oficiais (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

As relações informais, assim chamadas por não terem um procedimento preconizado de estabelecimento, não conferem à ONG o direito de participação nas reuniões dos órgãos de governo da OMS; essa é prerrogativa conferida somente às organizações que tenham conseguido o status de relações oficiais (BURCI; VIGNES, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

Entretanto, ainda sem relações oficiais, a ONG poderá assistir às reuniões da Assembleia Geral da Saúde e do Conselho Executivo de maneira semelhante àquela disponibilizada para o público geral (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002), ou seja, a cada dia de reunião, deve apresentar-se à sede da OMS e solicitar a credencial (*badge public*) para acesso ao evento. Note-se que, como essa autorização dá-se de forma *ad hoc* nas manhãs que antecedem cada reunião, não existe a certeza de conseguí-la.

Outra forma de conseguir acesso às reuniões, e que é frequentemente usada pelas ONGs (WIPFLI, 2015), é aliar-se a uma outra organização não governamental que tenha estabelecido relações oficiais com a OMS e que atue como “guarda-chuva” para o interesse das demais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

Importante destacar que ausência de relações formais não prejudica a atuação da ONGs com relações de trabalho junto à OMS. Essas organizações participam ativamente das reuniões dos órgãos técnicos e da execução dos programas da Organização Mundial da Saúde, tanto em sua sede como nos Escritórios Regionais (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

As relações de trabalho são administradas pelo Secretariado da OMS, o qual é encabeçado pelo Diretor Geral, e são largamente estimuladas pelo próprio Conselho Executivo: Há casos em que a organização não governamental carece dos critérios para estabelecimento de relações formais, mas que, em virtude do reconhecimento das contribuições que pode fazer à OMS, o Comitê Permanente sobre Organizações não Governamentais do Conselho Executivo recomenda ao Secretariado a aproximação dessa ONG por meio das relações de trabalho. Um exemplo disso aconteceu em 1951, quando foi discutido o pedido de estabelecimento de relações oficiais proposto pela Ordem de Malta, quando, então, havia uma indefinição sobre a possibilidade de admissão a relações oficiais de organização fora do escopo da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1950; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1951a).

As atividades que são desenvolvidas junto com a OMS nas relações de trabalho consistem, grosso modo, na troca de informações e na participação, ocasional ou sistemática, em programas da organização (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

Leroux, ao comparar o status de relações oficiais com as relações de trabalho chega à conclusão que a diferenciação entre eles estabelecida é uma formalidade que desaparece no dia a dia da organização, uma vez que, mesmo quando sem relações formais, é muito ativa a colaboração com as ONGs (LEROUX, 2009).

4.5 Descrição da participação atual das organizações não governamentais na Organização Mundial da Saúde

Como já mencionado anteriormente, a possibilidade de participação nas reuniões da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo, com a possibilidade de se manifestar nessas ocasiões, é a única prerrogativa que diferencia significativamente as organizações não governamentais com relações oficiais daquelas que gozam de relações de trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

Contudo, da análise das listas dos membros participantes das reuniões desses órgãos de governo nos últimos quinze anos (Cf. Tabela 1, abaixo), chega-se ao seguinte levantamento:

- Em média, 75 organizações não governamentais com relações oficiais participaram das Assembleias Mundias da Saúde,
- Cerca de 52 participam das sessões de Janeiro do Conselho Executivo,
- Em torno de 21 participam das sessões de maio do Conselho Executivo, as quais sucedem às reuniões da Assembleia Mundial da Saúde e costumam ser de menor porte que aquelas de janeiro.

Percebe-se, portanto, que o direito de participação decorrente da aquisição do status de relações oficiais é usufruído por um percentual baixo das ONGs. No que tange às reuniões realizadas em maio de 2015, a metade das ONGs com relações oficiais compareceram à Assembleia Mundial da Saúde e somente cerca de 10% delas presenciaram a Sessão do Conselho Executivo.

Tabela 1 – Participação das organizações não governamentais com relações oficiais nos órgãos de governo da Organização Mundial da Saúde

Ano	Assembleia Mundial da Saúde		Conselho Executivo		
	ONGs com relações oficiais presentes	Documento de referência	Sessão	ONGs com relações oficiais presentes	Documento de referência
2001	78	A54/DIV/1 Rev.1	107	51	EB107/DIV/1 Rev.1
			108	–	Documento não disponível
2002	71	A55/DIV/1 Rev.1	109	54	EB109/DIV/1/Rev.1
			110	20	EB110/DIV/1
2003	–	Documentos não disponíveis	111	51	EB111/DIV/1/Rev.1
			112	27	EB112/DIV/1
2004	85	A57/DIV/1 Rev.1	113	58	EB113/DIV/1 Rev.1
			114	28	EB114/DIV/1 Rev.1
2005	71	A58/DIV/1 Rev.1	115	48	EB115/DIV/1 Rev.1
			116	24	EB116/DIV/1 Rev.1
2006	74	A59/DIV/1 Rev.1	117	54	EB117/DIV/1 Rev.1
			118	34	EB118/DIV/1 Rev.1
			119	17	EB119/DIV/1
2007	73	A60/DIV/1 Rev.1	120	57	EB120/DIV/1 Rev.1
			121	25	EB121/DIV/1
2008	69	A61/DIV/1 Rev.1	122	47	EB122/DIV/1 Rev.1
			123	21	EB123/DIV/1
2009	70	A62/DIV/1 Rev.1	124	53	EB124/DIV/1 Rev.2
			125	20	EB125/DIV/1
2010	70	A63/DIV/1 Rev.1	126	43	EB126/DIV/1
			127	14	EB127/DIV/1 Rev.1
2011	61	A64/DIV/1 Rev.1	128	47	EB128/DIV/1 Rev.1
			129	18	EB129/DIV/1
2012	70	A65/DIV/1 Rev.1	130	51	EB130/DIV/1 Rev.1
			131	19	EB131/DIV/1
2013	75	A66/DIV/1 Rev.1	132	53	EB132/DIV/1 Rev.1
			133	24	EB133/DIV/1
2014	91	A67/DIV/1 Rev.1	134	57	EB134/DIV/1 Rev. 1
			135	21	EB135/DIV/1 Rev.1
2015	103	WHA68/DIV/1 Rev.1	136	62	EB136/DIV/1 Rev.2
			137	24	EB137/DIV/1 Rev.1

Fonte: Elaborado pela autora a partir da análise das Resoluções do Conselho Executivo.

Conforme discutido por Lanord em estudo da Organização Mundial da Saúde (2002a), essa baixa frequência pode tanto decorrer de ausência de interesse das

organizações não governamentais nos temas específicos da reunião, como de ausência de recursos para garantir o deslocamento e a participação de seus representantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

Quando se passa ao direito de manifestação nessas reuniões, constata-se que esse é ainda menos aproveitado. Conforme dados da 68ª Assembleia Mundial da Saúde e da 137ª Sessão do Conselho Executivo disponibilizados no portal *Statements by NGOs in official relations with WHO at the WHO governing body meetings* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, *s.d.*), 42 das 103 organizações não governamentais presentes à Assembleia fizeram manifestações (cerca de 40% das ONGs presentes), e houve somente 1 manifestação dentre as 24 ONG presentes na Sessão do Conselho Executivo.

É preciso ressaltar, igualmente, que o número absoluto de discursos realizados pelas organizações não governamentais nada pode dizer sobre a qualidade das intervenções que eles comportam e que seu número reduzido pode ser indicativo de um comportamento comum entre ONGs com interesses próximos, qual seja o de se organizarem para agir em uma única frente, como aconteceu com a formação do *International Baby Food Action Network* na discussão do Código Internacional de Marketing sobre Substitutos do Leite Materno e do *Framework Convention Alliance on Tobacco Control* relativo à Convenção Quadro para Controle do Tabaco (DODGSON; LEE; DRAGER, 2002; WIPFLI, 2015; LEROUX, 2009).

Todavia, persiste a necessidade de discussão sobre qual a efetividade da participação conferida por esse direito de manifestação.

Conforme o funcionamento das reuniões da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo, a manifestação que as ONG são autorizadas a realizar são de dois tipos: exposições de opiniões e esclarecimentos. Essas manifestações são baseadas em discursos submetidos previamente, ou seja, como bem destacado por Lanord, não há, efetivamente, uma participação nos debates (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a). Não há, dessa forma, “uma troca de opiniões ao vivo [que] ao menos ofereça a possibilidade de acordo sobre decisões aceitáveis racional e normativamente” (KHOLER-KOCH, 2013, p. 181).

Portanto, podemos questionar se o direito de participação no seio da OMS seria efetivo principalmente quando tomado como referência o entendimento desse direito apresentado por Nicolas Leroux (2009):

[...] acolher a organização não governamental a fim de que ela se expresse no debate público e que ela participe também do diálogo que precede e que se segue à formulação da norma internacional. Não se trata somente, pelas instituições públicas, de permitir a atuação das organizações não governamentais, mas sim de as receber em seus processos de decisão internacionais e de lhes permitir fazer ouvir suas vozes. (LEROUX, 2009, p. 243, tradução nossa)³¹.

Ora, no sentido em que ocorrem poucas manifestações nas reuniões dos órgãos de governo da OMS e que essas manifestações são limitadas a discursos formatados ou a meros esclarecimentos, sem a possibilidade de reação aos argumentos apresentados pelos demais participantes, podemos considerar que, ainda que existam ocasiões para que as ONGs possam expressar suas ideias e participar da construção de um entendimento coletivo, essas oportunidades são restritas. Dessa forma, conclui Nicolas Leroux (2009), que o status de relações oficiais não abre para as organizações não governamentais espaço para participar do trabalho de elaboração normativa da OMS.

Esse achado encontra-se, aliás, em consonância com a própria natureza da Organização Mundial da Saúde, que é uma organização interestatal que pretende manter a capacidade de decisão centrada em seus Estados-membros (LITSIOS, 2004). Esse entendimento, em adição, pode ser reforçado pelo procedimento mesmo de concessão de relações oficiais que, como anteriormente referido, não permite às ONGs responder a objeções que venham a ser apresentadas a sua demanda. Além disso, cabe lembrar que no caso de solicitação de relações oficiais por uma ONG nacional, será necessária a concordância de seu Estado de origem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Esses fatores podem conduzir à suspeita de que somente que concederão relações formais às ONGs que sejam, de antemão, “organizações aprovadas” (YOUDE, 2012, p. 44).

³¹[...] *accueillir l'organisation non gouvernementale afin de qu'elle s'exprime dans le cadre du débat public et qu'elle participe ainsi au dialogue qui précède et qui suit la formulation de la norme internationale. Il ne s'agit plus seulement, pour les institutions publiques, de laisser faire les organisations non gouvernementales, mais bien de les recevoir dans les processus de décision internationaux et de leur permettre de faire entendre leur voix.*

A decisão final sobre quem e como participará das reuniões caberá aos Estados. Como afirma Charlotte Dany (2013), “os Estados são os últimos tomadores de decisão e sempre podem decidir a extensão na qual as ONGs serão autorizadas a participar” (DANY, 2013, p. 11).

4.6 Caso excepcional: Convenção Quadro para Controle do Tabaco

De modo geral, todas comissões ou comitês criados no seio da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo da OMS devem respeitar os regimentos internos de seus órgãos de origem, bem como são obrigados pelos Princípios que regem as relações entre a Organização Mundial da Saúde e as organizações não governamentais. Nesse sentido, o panorama acima apresentado seria encontrado em todos grupos de trabalho da OMS, tendo as organizações não governamentais que se submeterem aos mesmos procedimentos para aquisição de relações oficiais e tendo delas conferidas as mesmas prerrogativas.

Contudo, um caso se apresenta como excepcional: o da Convenção Quadro para Controle do Tabaco. Essa convenção foi adotada em 21 de maio de 2003 e é importante por ser o primeiro tratado internacional negociado no âmbito da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009c). Além desse destaque, a Convenção é também um marco dos novos desafios colocados pela globalização e aos quais a governança internacional da saúde não responde efetivamente.

A regulamentação nacional do controle do uso do tabaco mostrou-se incapaz de conter as estratégias de propagação de mercado exercidas pela indústria do tabaco, e impôs a necessidade de um instrumento global de controle (COLLIN; LEE; BISSEL, 2002). Em razão dessa percepção de que o controle do tabaco deveria ser realizado pelas vias da governança global da saúde, era esperado que em seu processo de negociação houvesse a influência da sociedade civil e outros atores não estatais, como, marcadamente, da própria indústria do tabaco (COLLIN; LEE; BISSEL, 2002; WIPFLI, 2015).

Além disso, as organizações da sociedade civil já exerciam atividades substanciais no controle do tabaco e era importante contar com essa expertise durante as negociações da convenção:

O reconhecimento das limitações da governança da saúde, primordialmente estruturada em torno dos Estados, para o controle das dimensões globais da epidemia do tabaco é o ímpeto por trás da CQCT. Enquanto a convenção formalmente permanece como um tratado intergovernamental, o envolvimento de atores não estatais no processo de negociação reflete a necessidade de ir além do estado. Organizações da sociedade civil foram especialmente ativas no controle do tabaco, e representarão um recurso chave para a implementação e monitoramento das provisões do CQCT. Assim, a OMS tentou ampliar a participação no CQCT como meio de fortalecimento da efetividade do tratado ao lidar com um assunto global. (COLLIN; LEE; BISSEL, 2002, p. 274, tradução nossa)³².

Para a condução dos trabalhos, a Assembleia Mundial da Saúde decidiu pela criação de um grupo de trabalho e de um Órgão de Negociação Intergovernamental (INB sigla em inglês para *Intergovernmental Negotiating Body*). O grupo de trabalho, inicialmente aberto à participação dos Estados-membros e a grupos de integração econômica, reuniu-se em dois momentos para preparar o trabalho do INB por meio da catalogação de esboços dos elementos formais e materiais da convenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a). A formulação e negociação propriamente dita da convenção coube ao INB e demandou seis sessões para chegar a um acordo sobre o texto da convenção.

Em outubro de 2000, foram realizadas audiências públicas, cujo intuito era o de permitir a apresentação de pontos de vista, por escrito ou mediante exposição oral, dos atores que não participavam dos grupos de trabalho (COLLIN; LEE; BISSEL, 2002). Jeremy Youde (2012) celebra a realização dessas audiências como sendo a primeira vez em que a OMS criou um processo formal que permitisse colher opiniões de outros atores além dos Estados-membros (YOUDE, 2012).

Como já mencionado, era importante que se assegurasse a participação das organizações governamentais nessas negociações, em virtude de sua experiência no

³² A recognition of the limitations of health governance, primarily structured around states, for controlling the global dimensions of the tobacco epidemic is the impetus behind the FCTC. While the convention formally remains an intergovernmental treaty, the involvement of non-state actors in the negotiation process reflects the need to go beyond the state. Civil society organizations have been especially active in tobacco control, and will represent a key resource for implementing and monitoring the provisions of FCTC. Hence, WHO has sought to broaden participation in the FCTC as a means of strengthening the effectiveness of the treaty to deal with a global issue.

ativismo pelo controle do uso do tabaco. Contudo, essa participação, a princípio, deveria obedecer aos já estudados Princípios que regem as relações entre a Organização Mundial da Saúde e as organizações não governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000b). O que importa dizer que somente poderiam participar das reuniões as organizações não governamentais que já tivessem obtido o status de relações oficiais. Aquelas ONGs que ainda não possuísem esse status poderiam participar das negociações mediante convite para compor as delegações de seus Estados de origem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000b). Outra opção seria se submeterem ao processo de solicitação de relações oficiais, o que resultaria em que não haveria tempo hábil para assegurar sua participação antes do fim das negociações (COLLIN; LEE; BISSEL, 2002; WIPFLI, 2015).

Nesse sentido, o INB propôs uma via rápida de aquisição provisória de relações oficiais para as ONGs que pretendessem participar das negociações da convenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b). Essa proposta foi aprovada pelo Conselho Executivo e ficou acordado, portanto, que as ONGs teriam um status provisório de relações oficiais, cuja concessão seria avaliada pelo Conselho Executivo em sua sessão subsequente a fim de confirmá-la ou terminá-la (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b; COLLIN; LEE; BISSEL, 2002). As condições para o deferimento de relações oficiais provisórias consistiam em que a ONG já estivesse em relações de trabalho com a OMS no momento de submissão da solicitação e que seu mandato pudesse contribuir para os trabalhos do INB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b).

Essas ONGs passaram a ter as seguintes prerrogativas: 1) acesso às reuniões plenárias e aos grupos de trabalho, mas não a outros grupos que fossem criados e para os quais não fossem convidadas; 2) direito a fazer um discurso ao final das reuniões; e 3) acesso aos documentos preparatórios dos trabalhos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002c).

Essas alterações permitiram, por exemplo, o acolhimento da solicitação da *Infact*, que depois passou a ser denominada *Corporate Accountability International* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001a), e que tem como objetivo lutar contra práticas de marketing de grandes corporações prejudiciais à saúde, comportamento constante da

indústria do tabaco e que conseguiu barrar por bastante tempo as ações da OMS nessa seara (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009c; YOUDE, 2012).

O número de ONGs participantes dessa negociação se encontra sumarizado na tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Participação de organizações não governamentais nas reuniões do
Intergovernmental Negotiating Body

Sessão	Nº de ONGs presentes	Documento de referência
1ª	25	A/FCTC/INB1/DIV/2 Rev.1
2ª	27	A/FCTC/INB2/DIV/2 Rev.2
3ª	26	A/FCTC/INB3/DIV/2 Rev.1
4ª	24	A/FCTC/INB4/DIV/2 Rev.1
5ª	26	A/FCTC/INB5/DIV/2 Rev.1
6ª	28	A/FCTC/INB6/DIV/2 Rev.2

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

É inegável a contribuição dada pelas ONGs envolvidas no resultado final das negociações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009c), merecendo destaque, nesse sentido, o papel exercido por essas organizações na desmobilização da postura adotada, principalmente, pelos negociadores norte-americanos, os quais eram mais favoráveis ao comércio do tabaco que à questão da saúde (COLLIN; LEE; BISSEL, 2002; WIPFLI, 2015).

No sentido de influência apresentado por Charlotte Dany (2013), segundo o qual influenciar significa alterar os documentos resultantes do processo de negociação em resposta a intervenções dos atores dele participantes, as atividades realizadas pelas ONGs presentes nas reuniões de negociação deixaram a marca de sua influência sobre o texto final da Convenção. Tanto que o impacto dessa participação foi formalmente reconhecido no próprio texto da Convenção, em seu artigo 4, princípio 7, que diz: “A participação da sociedade civil é essencial para atingir o objetivo da Convenção e de seus protocolos”.

É preciso, não obstante, ressaltar que essas alterações não tinham como escopo alterar o caráter intergovernamental das decisões tomadas (COLLIN; LEE; BISSEL, 2002). Mesmo o direito de fazer manifestações ao final das reuniões não era absoluto, pois

era condicionado à sua revisão prévia pelo presidente da reunião (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002c). Além disso, não havia oportunidade para reações espontâneas aos argumentos apresentados durante as reuniões, uma vez que as ONGs que desejassem se manifestar deveriam comunicar essa intenção ao presidente da reunião com antecedência de duas horas, entregando, nesse mesmo momento, cópias escritas do discurso a ser proferido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002c)³³.

Além disso, os Estados adotaram a prática de conduzir as negociações em oportunidades em que as ONG não estivessem presentes, por exemplo em sessões informais, como forma de escapar às intervenções desses atores (YOUDE, 2012).

Assim, se por um lado as negociações da Convenção Quadro para Controle do Tabaco demonstraram uma abertura para a inclusão de novos atores, por outro, sua prática demonstrou que a essência da elaboração das normas permanece interestatal e que a OMS apresenta-se reticente à possibilidade de ampliação dos atores participantes dos processos de decisão (YOUDE, 2012).

Apesar de tais restrições, entretanto, as ONGs presentes usaram outras táticas para tentativa de convencimento das delegações nacionais. Não se pode negar a relevância do lobby exercido por elas nos corredores das negociações (WIPFLI, 2015), além do impacto causado pelos relatórios revelando as práticas da indústria do tabaco (COLLIN; LEE; BISSEL, 2002).

Nicolas Leroux (2009), nesse diapasão, afirma que a finalidade das organizações não governamentais não seria tanto a de participar da elaboração das normas em si, mas a de influenciar essa produção por meio dessas vias informais como o lobby sobre indivíduos e delegações chaves nas negociações e suas campanhas de mídia.

Esse entendimento, aliado ao reconhecimento da influência exercida pelas ONGs nos processos de negociação da CQCT, bem como das impressões já discutidas acerca do gozo do direito de participação e de manifestação decorrente das relações oficiais com a OMS, implica a necessidade de ampliação da discussão acerca da necessidade de abertura de novos acessos à participação das ONGs nos processos de tomada de decisão na OMS.

³³A respeito da necessidade de submissão prévia dos discursos, esse procedimento foi posteriormente relativizado passando-se a permitir a manifestação espontânea das ONGs, mas ainda mediante convite do presidente da reunião (WIPFLI, 2015).

5 DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS AOS ATORES NÃO ESTATAIS: MARCOS PARA A COLABORAÇÃO COM A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Como consta em relatório produzido pela Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde, a Constituição da organização reconhece apenas três atores na saúde internacional: os Estados, as organizações internacionais e as organizações não governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011g). O texto constitucional, ademais, cuidou de tratar, em seu capítulo XVI, da forma como aconteceriam as relações entre a OMS e as organizações internacionais e as organizações não governamentais.

Mais de seis décadas depois, além desses três atores, organizações regionais, agências multilaterais, instituições filantrópicas, sociedade civil e o setor privado influenciam o cenário na saúde global. Os atores são vários, bem como são variadas suas formas de atuação, e essa multiplicidade nem sempre é proveitosa, pois significa também a fragmentação das ações, o que reduz sua efetividade (SILBERSCHMIDT; MATHESON; KICKBUSCH, 2008).

Não obstante, inexistente na OMS um regulamento para o relacionamento com esses novos atores, a organização deixa de aproveitar ao máximo as potencialidades que adviriam dessas relações (GOSTIN, 2014).

Se os atores não estatais não têm voz na OMS, eles redirecionam suas energias para outros lugares. Esse processo vem gradualmente esvaziando a OMS, uma vez que recursos e influência se movem para programas bilaterais (e.g. PEPFAR), parcerias inovadoras (e.g., Global Fund e GAVI Alliance), e fundações (e.g., Gates Foundation). (GOSTIN, 2014, p. 122, tradução nossa)³⁴.

Em conexão com esse assunto, uma das críticas que pesa sobre a atuação da OMS é que a organização é incapaz de desempenhar o papel que lhe foi conferido em sua constituição de coordenar e dirigir a governança global em saúde e que tampouco se estabeleceu como plataforma de promoção das negociações da saúde global (HOFFMAN; ROTTINGEN, 2013).

³⁴If nonstate actors are not given a voice in the WHO, they will redirect their energies elsewhere. This process has been gradually hollowing out the WHO, as resources and influence move to bilateral programs (e.g. PEPFAR), innovative partnerships (e.g., the Global Fund and the GAVI Alliance), and foundations (e.g., the Gates Foundation).

Para que seja capaz de fazê-lo, é imprescindível que a OMS abra espaços para a participação das organizações governamentais, instituições filantrópicas, empresas privadas e todos atores que influenciem a saúde global, o que, até o momento, encontra muitos limites e dificuldades.

Essa é a fonte de insatisfação dos atores não Estatais que têm reclamado há décadas que a OMS não é representativa de vozes além dos governos. Em princípio, a AMS é um órgão relativamente democrático, com todos os membros convidados a contribuir com os programas de trabalho da OMS, bem como os atores não estatais oficialmente reconhecidos como observadores. Na prática, restam questões sobre a qualidade do debate na Assembleia Mundial da Saúde, a capacidade de todos os Estados participarem significativamente, e se os atuais arranjos focados nos representantes governamentais representam adequadamente a gama completa das vozes. (LEE; PANG, 2013, p. 3, tradução nossa)³⁵.

Apesar dessas críticas, a Organização Mundial da Saúde, quando comparada com esses atores, possui uma grande vantagem no que diz respeito à legitimidade de suas decisões, uma vez que é a única em que todos os Estados possuem representação e voto (KICKBUSCH; HEIN; SILBERSCHIMIDT, 2010). Aliando a igualdade de participação e de voto ao fato de que a OMS conta com quase todos os Estados como seus membros, resulta em que a organização seja considerada como democrática.

Contudo, não há representação para as organizações não governamentais. Não obstante aquelas que possuem relações oficiais com a organização possam participar das reuniões dos órgãos de governo, essa participação não dá direito de voto e é limitada a manifestações mediante convite e baseadas em discursos previamente aprovados, tal como já apresentamos em capítulo anterior. Não há, nos órgãos de governo da OMS, o reconhecimento da participação dos atores não estatais, e a relação com esses atores é, ademais, “distante e algumas vezes de desconfiança” (GOSTIN, 2014, p. 124).

Isso não quer dizer que a OMS não interaja com esses atores, mas que o faz na ausência de uma política precisa e firme e que resguarde os interesses da saúde global, o que a torna mais suscetível a sofrer influência indevida, sobretudo por meio dos atores com interesses comerciais relacionados à atuação da OMS (BRUEN; BRUGHA, 2014).

³⁵This is the source of dissatisfaction by non-state actors who have railed for decades that WHO is unrepresentative of voices beyond government. In principle, the WHA is a relatively democratic body, with all member states invited to feed into WHO's programme of work, and officially recognized non-state actors as observers. In practice, questions remain about the quality of debate in the WHA, the capacity of all states to participate meaningfully, and whether current arrangements focused on government representatives adequately represent the full range of voices.

Esse diagnóstico de interação precária com os demais atores da governança global é preexistente ao começo do processo atual de reforma, do qual passou a fazer parte a colaboração com os atores da saúde global, na linha de trabalho da governança, partindo da presunção de que a organização necessita aprimorar suas relações com tais atores para exercer a coordenação da governança global.

Buscando uma alternativa para promover a interação com os atores não Estatais, em 2008, Gaudenz Silberschmidt, Don Matheson e Ilona Kickbusch – logo acompanhados por Wolfgang Hein - apresentaram uma proposta de criação de um terceiro comitê no seio da Assembleia Mundial da Saúde. A proposta, segundo seus autores, proporcionaria, ainda, transparência e oportunidade para prestação de contas, contribuindo com a resolução dessas críticas que, também, pesam sobre a OMS (SILBERSCHMIDT; MATHESON; KICKBUSCH, 2008).

A Assembleia Mundial da Saúde, além dos encontros plenários, organiza-se na forma de dois comitês principais: o Comitê A, cuja pauta cuida dos assuntos programáticos, e o Comitê B, cujo foco são as questões orçamentárias e de gestão (art. 32 do Regimento Interno da Assembleia Mundial da Saúde) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d). A proposta apresentada, então, cuida da criação de um terceiro comitê, o Comitê C que teria como pauta a coerência, a parceria e a coordenação das atividades da saúde global (KICKBUSCH; HEIN; SILBERSCHMIDT, 2010).

A criação desse comitê encontraria acolhida no artigo 18 da Constituição da OMS, que permite a criação pela Assembleia Mundial da Saúde de quantos comitês forem considerados necessários para o bom andamento das atividades da organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

A ideia, como ressaltado pelos autores, não é a de criar um fórum de participação exclusiva das organizações não governamentais, mas a de instituir uma ocasião que permita a interação de Estados-membros com ONGs, sociedade civil e outras entidades, de forma que os participantes possam comunicar suas atividades e resultados. Dessa maneira, seria possível, por meio da comunicação entre os atores, assegurar a coerência de suas atuações, e, nesse cenário, a OMS ocuparia o papel de coordenação (KICKBUSCH; HEIN; SILBERSCHMIDT, 2010).

Importante ressaltar que os autores dessa proposição estabeleceram um limite para sua atuação e que consiste em que o Comitê C não interferiria nos processos decisórios da OMS. O Comitê permitiria a troca de informações e o debate, mas as decisões continuariam a ser tomadas, exclusivamente, nos Comitês A e B. Destarte, ficaria resguardada a manutenção da centralidade dos Estados-membros nos processos decisórios (KICKBUSCH; HEIN; SILBERSCHMIDT, 2010).

Essa proposta que foi apresentada em um contexto acadêmico, contudo, não foi adicionada às discussões da reforma da OMS.

5.1 Reforma da OMS: propostas para colaboração com os atores não estatais

Um dos objetivos da reforma da OMS iniciada em 2010 é o de:

capitalizar mais efetivamente a posição de liderança da organização na saúde global, especificamente para fortalecer o papel que a OMS pode desempenhar aliado a suas funções constitucionais primárias como 'autoridade de direção e coordenação do trabalho internacional na saúde'. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011f, p. 14).

Tendo em vista essa pretensão, a linha de trabalho da governança inclui a proposta de construção de um Marco para a colaboração com os atores da saúde global, com a finalidade de responder à necessidade de composição de regras de colaboração entre esses atores. Essa colaboração faz-se necessária para dotar suas atuações de coerência e transparência, mitigando a fragmentação das atividades desenvolvidas e a competição por recursos, que somente têm a prejudicar os resultados dos serviços prestados (SILBERSCHMIDT; MATHESON; KICKBUSCH, 2008).

Entretanto, antes dessa proposta, a primeira proposta apresentada no bojo da reforma consistia na criação de um Fórum Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011p), que funcionaria como uma plataforma de interação entre os atores da saúde global.

5.1.1 Fórum Mundial da Saúde

O Fórum Mundial da Saúde aconteceria, a princípio, em novembro de 2012 e reuniria os Estados-membros, a sociedade civil, a comunidade acadêmica e o setor privado para discutir as prioridades na saúde global (MISSONI, 2011).

O propósito de um tal fórum seria o de aumentar a colaboração (particularmente daquelas vozes que são menos ouvidas nas configurações atuais) e de aumentar a confiança. Deve se orientar para a solução de problemas e buscar amplificar questões importantes nas quais outros, e não somente a OMS, podem atuar. O potencial para desenvolvimento de um mecanismo, tal como um acordo que se inicie por definir as regras de compromisso na saúde global, deveria ser um assunto a ser considerado como parte da agenda do fórum. Criticamente, um fórum multissetorial pode ajudar a definir decisões e agendas, mas não deve usurpar as prerrogativas de tomada de decisão da governança da OMS, que permanecerá intergovernamental. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011f, p. 14, tradução nossa)³⁶.

Percebe-se que, da mesma maneira que a ideia de criação do Comitê C, essa proposta não pretendia a alteração do processo decisório da OMS, que continuaria centrado nos Estados-membros. Sua intenção era a de criar, na OMS, uma plataforma de interação entre os vários atores da saúde, que tornasse oportuna a manifestação de argumentos desses diversos atores e cujas conclusões seriam, depois, levadas ao conhecimento dos órgãos de governo da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011p). Seu intuito, igualmente à proposta apresentada anteriormente, era o de promover a coerência entre as ações dos atores da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011p).

A proposta do Fórum Mundial da Saúde, entretanto, difere da anterior em sua periodicidade de encontros. Enquanto o Comitê C, como subdivisão da Assembleia Mundial da Saúde, se reuniria todos os anos no mês de maio, o Fórum Mundial da Saúde aconteceria, inicialmente, a cada dois anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011p).

³⁶The purpose of such a forum will be to increase engagement (particularly of those whose voices are less heard in current settings) and to increase trust. It should be problem-solving in orientation and seek to amplify important issues on which others, and not just WHO, may act. The potential for developing a mechanism, such as a charter that begins to define the rules of engagement in global health, will be an issue to be considered as part of the forum's agenda. Critically, a multi-stakeholder forum may help shape decisions and agendas, but it will not usurp the decision-making prerogative of WHO's own governance, which will remain intergovernmental.

Essa proposta da Diretora Geral, foi vista como um grande avanço, uma vez que permitiria que os argumentos dos atores não estatais fossem ouvidos e levados em consideração nos processos de tomada de decisão da OMS (SRIDHAR; GOSTIN, 2011).

Contudo, essa ideia não foi bem recebida pelos Estados-membros que temiam que um tal fórum pudesse prejudicar seu poder de decisão na organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011k; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011l). Tampouco encontrou apoio da sociedade civil, que vê com grande desconfiança a colaboração da OMS com o setor privado (MISSONI, 2011).

Destarte, na Sessão Especial do Conselho Executivo sobre a Reforma, que aconteceu em novembro de 2011, a Diretora Geral comunicou o abandono da proposta do Fórum Mundial da Saúde por ausência de apoio suficiente. Mas o abandono dessa ideia não foi suficiente para apaziguar o receio trazido pela tendência de estreitamento de relações com o setor privado:

Tanto a ideia de atrair mais fundos de fundações privadas e do setor comercial e a noção de lidar com assuntos de saúde global e de nutrição por meio de abordagens envolvendo múltiplos interessados trazem riscos maiores ao papel da OMS como a maior autoridade na saúde pública internacional. Embora o Fórum Mundial da Saúde esteja abandonado no momento, não está a noção de maior envolvimento com o setor privado como legítimo interessado. Há uma necessidade urgente de refletir se esse caminho ser seguido. (RICHTER, 2012, p. 144, tradução nossa)³⁷.

Como bem expressado por Judith Richter (2012), a ideia de Fórum Mundial da Saúde foi deixada de lado, mas não a de aproximação com o setor privado, o que pode comprometer a integridade da OMS como autoridade de definição da saúde pública global, ou nas palavras da autora, pode significar “deixar a raposa cuidar do galinheiro” (RICHTER, 2012, p. 145).

³⁷Both the idea of attracting more funding from private foundations and the commercial sector and the notion of dealing with global health and nutrition matters through multi-stakeholder approaches carry major risks to WHO's role as the highest authority in international public health. Even though the regular World Health Forum is abandoned at the moment, the notion of greater private-sector involvement as legitimate 'stakeholders' in public health affairs is not. There is an urgent need to reflect on whether this path should be pursued.

Quadro 7 – Cronologia da Reforma sobre o Marco de Colaboração com os atores não estatais e resultados apresentados

Data	Ocasião	Produto
Novembro de 2011	Sessão Especial sobre a reforma do Conselho Executivo	Abandono da proposta de Fórum Mundial da Saúde
Maio de 2012	65ª Assembleia Mundial da Saúde	Requisição para elaboração de esboço de política de relacionamento com ONG
Outubro de 2012	Consultas sobre a colaboração da OMS com as ONG	Relatório da consulta
Janeiro de 2013	132ª Sessão do Conselho Executivo	Decisão EB132(11) – políticas de colaboração com os atores não-estatais
Maio de 2013	133ª Sessão do Conselho Executivo	Apresentação dos princípios gerais para a colaboração com os atores não-estatais
Outubro de 2013	Primeiras Consultas informais sobre a Colaboração da OMS com os atores não estatais	Relatório resumido
Março de 2014	Segundas Consultas informais sobre a Colaboração da OMS com os atores não estatais	Relatório resumido
Janeiro de 2014	134ª Sessão do Conselho Executivo	EB 134/8: Relatório do Secretariado sobre o Marco de Colaboração com os atores não Estatais
Maio de 2014	67ª Assembleia Mundial da Saúde	A67/6: <i>Framework of engagement with non-State actors</i>
Setembro a Novembro de 2014	Consultas sobre a Colaboração com os atores não Estatais realizadas nas Regiões da OMS	Comentários feitos por 15 Estados-membros
Janeiro de 2015	136ª Sessão do Conselho Executivo	EB136/5: Relatório do Secretariado sobre o Marco de Colaboração com os atores não Estatais
Março/Abril de 2015	Encontro intergovernamental aberto	Propostas e comentários, apresentados pelos Estados-membros, aos esboços
Maio de 2015	68ª Assembleia Mundial da Saúde	A68/5: <i>Framework of engagement with non-State actors</i>
Julho de 2015	Encontros intergovernamentais abertos – 1º encontro	Trabalho não foi concluído
Dezembro de 2015	Encontros intergovernamentais abertos – 2º encontro	A ser realizado

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de documentos oficiais da OMS.

5.1.2 Propostas de Marcos para a colaboração com os atores não estatais

A proposta de realização do Fórum Mundial da Saúde pretendia criar uma plataforma para promoção da colaboração entre os diversos atores da saúde global. Contudo, na Sessão Especial sobre a Reforma do Conselho Executivo, realizada em novembro de 2011, declarou-se que essa proposta não seria levada adiante e, ademais, que a reforma deveria priorizar estruturas já existentes na OMS em vez de criar novas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011j).

Diante dos parâmetros apresentados na Sessão Especial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011j), o Secretariado propôs, então, a atualização dos Princípios que governam as relações da Organização Mundial da Saúde com as organizações não governamentais, cuja última revisão aconteceu em 1987 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011g).

A 65ª Assembleia Mundial da Saúde, de maio de 2012, requisitou da Diretora Geral que elaborasse um esboço de políticas de colaboração com organizações não governamentais e que o apresentasse em sua sessão de janeiro de 2013 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b). Para subsidiar a produção desse documento, o Secretariado promoveu, em outubro de 2012, consultas informais que contaram com a participação de 44 ONGs de forma presencial e de outras por meio do *Webex* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012i).

Nessa ocasião, a Diretora Geral mencionou a heterogeneidade de organizações, e de interesses, que estão abarcados pela designação ONG, e que demandam a atenção, sobretudo, sobre a questão de conflito de interesses, legitimidade e *accountability* dessas entidades:

[...] a comunidade de ONGs não é um grupo uniforme de organizações altruísticas.

Entendo que há várias subcategorias, como **BINGOS** (*business-interest NGOs*), **PINGOS** (*public-interest NGOs*), **GONGOS** (*government-operated NGOs*), ainda **CONGOS** (*community-organized NGOs*) e **TANGOS** (*technical-assistance NGOs*).

Diferem as estruturas organizacionais e operacionais. O tamanho das operações varia, bem como o grau de efetividade e sustentabilidade dos resultados. No melhor dos casos, seus programas se aproximam das linhas guias técnicas da OMS, as isso não é sempre verdade.

Questões de legitimidade foram levantadas por Estados-membros da OMS. Vocês operam, com frequência em grandes números, dentro de países individuais, mas normalmente não são sujeitos a regulamentação governamental. Escuto reclamações. **Onde está a fiscalização do governo? A quem as ONG prestam contas? Às pessoas e governo do país em que servem ou às pessoas que providenciam os fundos?**

Nada é claramente preto ou branco. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012h, tradução nossa, grifos nossos)³⁸.

Em decorrência do reconhecimento dessa heterogeneidade e da necessidade de harmonização das regras de relacionamento tanto para as organizações não governamentais e instituições de filantropia, bem como para os atores que possuem interesses comerciais, inseriu-se a expressão “atores não estatais”³⁹ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013e).

Um grande número de atores ativos na saúde encontram-se nesse grupo. Eles vão de organizações comunitárias locais, grupos e redes de trabalho da sociedade civil, organizações religiosas, organizações não governamentais nacionais e internacionais, fundações filantrópicas, instituições acadêmicas, redes de trabalho de laboratórios, associações comerciais, empresas comerciais privadas, corporações transnacionais, organizações de mídia e comunicação, grupos profissionais e grupos de pacientes. Essa lista está longe de ser exaustiva. Ela não inclui as Nações Unidas e outras organizações intergovernamentais que são estabelecidas por acordos entre os Estados-membros, mas inclui parcerias híbridas como a GAVI Alliance e o Fundo Global para Combate à AIDS, tuberculose e malária, nas quais os Estados e atores não estatais têm papéis iguais na governança, e os quais, dessa forma, não pertencem a nenhuma instituição estabelecida de um Estado ou grupo de Estados. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013f, p. 2, tradução nossa)⁴⁰.

³⁸ [...] the NGO community is not a uniform group of altruistic organizations.

I understand there are many subcategories, like **BINGOS (business-interest NGOs)**, **PINGOS (public-interest NGOs)**, **GONGOS (government-operated NGOs)**, even **CONGOS (community-organized NGOs)** and **TANGOS (technical-assistance NGOs)**.

Organizational and operational frameworks differ. The size of operations vary, as do degrees of effectiveness and sustainability of results. In the best cases, your programmes closely align with WHO technical guidelines, but this is not always true.

Questions of legitimacy have been raised by WHO Member States. You operate, often in large numbers, within individual countries, but you are not usually subject to government regulation.

I hear complaints. **Where is government oversight? To whom are NGOs accountable? To the people and government in the country where they serve or to the people who provide the funds?**

Nothing is clearly black and white.

³⁹A expressão “atores não estatais”, conforme documentação apresentada nas discussões desse processo, passa a designar as seguintes categorias de instituições: a) organizações não governamentais; b) entidades comerciais privadas; c) fundações filantrópicas, e d) instituições acadêmicas. Nessa classificação, as fundações filantrópicas são compreendidas como “entidades sem fins lucrativos cujos recursos são providos por doadores e administrados por seus próprios funcionários e cuja renda é aplicada em propósitos sociais” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f, p. 2) e as instituições acadêmicas são “entidades relacionadas à produção e disseminação de conhecimento por meio da pesquisa, educação e treinamento” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f, p. 2).

⁴⁰A very large number of actors active in health fall within this group. They range from grass roots community organizations, civil society groups and networks, faith-based organizations, national and

A partir desse momento, a Diretoria Geral ficou incumbida de elaborar as políticas de colaboração com os atores não estatais, que pretendia abranger todas as instituições que, não se identificando com as instituições estatais, têm atuação na saúde global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013f). Com essa proposta, portanto, pretendia-se a alteração de dois documentos básicos da OMS: os Princípios que governam as relações entre a Organização Mundial da Saúde e as organizações não governamentais (*Principles governing relations between the World Health Organization and nongovernmental organizations*), de 1987; e as Diretrizes sobre o trabalho com o setor privado para alcançar resultados em saúde (*Guidelines on working with the private sector to achieve health outcomes*), de 30 de novembro de 2000.

Em maio de 2013, a Diretoria Geral apresentou, na 133ª Sessão do Conselho Executivo, os princípios gerais para a colaboração com os atores não estatais. O esboço das regras de colaboração, também elaborados pela Diretoria Geral, foi submetido a consultas informais, realizadas em outubro de 2013 e em março de 2014, e das quais puderam participar os Estados-membros, as ONGs com relações oficiais com a OMS, e outros atores não estatais, incluindo a possibilidade de participação por meio eletrônico (via *Webex*) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, s.d.). O resultado das consultas demonstrou o reconhecimento da importância do apoio dos atores não estatais para o trabalho da OMS e indicou a necessidade de sua inclusão e de diálogo com esses atores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014i).

O consenso quanto à importância de assegurar a reputação e integridade da OMS conduziu à conclusão da necessidade de que o Marco de colaboração contenha regras de procedimentos de devida diligência (*due diligence*) que permitam a verificação da oportunidade de colaboração, de gestão de riscos e de conflito de interesses, além de procedimentos que assegurem a transparência. Decorre dessa conclusão o desenvolvimento de plataforma eletrônica por meio da qual serão disponibilizadas informações sobre os

international nongovernmental organizations, philanthropic foundations, academic institutions, laboratory networks, trade associations, trade unions, private commercial enterprises, transnational corporations, media and communications organizations, professional groups, and patient groups. This list is far from exhaustive. It does not include United Nations and other intergovernmental organizations that are established by agreement between Member States, but it does include hybrid partnerships such as the GAVI Alliance and the Global Fund to Fight AIDS, tuberculosis and malaria, in which State and non-State actors have an equal role in governance, and which therefore do not belong to any established institution of a State or groups of States.

atores não estatais e sobre a natureza de suas atividades com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013h; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014j).

Os participantes das consultas informais de 2013 manifestaram, ainda, a necessidade de inclusão de regras para o relacionamento com fundações filantrópicas e instituições acadêmicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013h; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014j). Em adição, esses participantes criticaram a regra atual de que as manifestações pretendidas pelas ONGs nos órgãos de governo da OMS devam ser submetidas a escrutínio prévio da presidência do órgão, e propuseram, em seu lugar, a elaboração de parâmetros claros sobre as intervenções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014i).

Por fim, foram consolidados os parâmetros para as discussões desse componente da reforma, resumidos no quadro 8:

Quadro 8 – Parâmetros para a colaboração com os atores não estatais

Princípios	Limites	Categorias de interações
Demonstrar claro benefício para a saúde pública	A tomada de decisão é prerrogativa exclusiva dos Estados-membros	Participação
Respeitar a natureza intergovernamental da OMS	O processo de estabelecimento de normas e padrões da OMS deve ser protegido de influência indevida	Recursos
Apoiar e ampliar a abordagem científica e baseada em evidências na qual se baseia o trabalho da OMS	A OMS não deve se engajar com indústrias cujos produtos sejam prejudiciais à saúde humana, como o tabaco ou armas	Evidências ⁴¹
Ser gerida de forma a reduzir qualquer forma de risco para a OMS	A colaboração com os atores não estatais não deve prejudicar a reputação da OMS	<i>Advocacy</i>
Ser conduzida com base na transparência, abertura e inclusão	-	Colaboração técnica

Fonte: Elaborado pela autora consoante WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014c.

Resultado das discussões promovidas nessas consultas e da proposta elaborada pela Diretoria Geral, o documento A67/6: *Framework of engagement with non-State actors* foi submetido à análise da 67ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2014 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Nessa ocasião, contudo, Assembleia reconheceu a

⁴¹A categoria “Evidências” refere-se à colaboração com atores não estatais com a finalidade de produção de evidências, gestão do conhecimento, compartilhamento de informações e pesquisa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f).

necessidade de maiores discussões, sobretudo no que diz respeito à questão do relacionamento com o setor privado e do conflito de interesse e, portanto, não houve aprovação de um documento final.

Nesse mesmo sentido, alguns atores da saúde global se manifestaram, criticando o Marco apresentado na 67ª Assembleia Mundial da Saúde, uma vez que esse marco não garantia a proteção da OMS contra a influência indevida dos interesses corporativos, não melhorava a transparência dos recursos recebidos, incluindo sua origem e seu destino, e tampouco trazia regras de gestão de conflito de interesses (BRUEN; BRUGHA, 2014; RICHTER, 2014; THE THIRD WORLD NETWORK, 2014; INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK, *s.d.*, MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL, 2014). A International Baby Food Action Network (2014), em adição, manifestou sua desaprovação à possibilidade de que associações comerciais internacionais pudessem receber o status de relações oficiais (INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION INTERNATIONAL, 2014).

Dentre as críticas manifestadas acerca desse projeto pelas organizações não governamentais com as quais a OMS possui relações oficiais, destacamos o inconformismo da Stichting Health Action International (2014) - e que é compartilhado por outros atores como a International Baby Food Action Network (GUPTA; LHOHTSKÁ, 2015) - com a igualdade de tratamento por ele conferida a todas as categorias de atores não estatais, uma vez que, para essas ONGs, o setor privado não partilha os mesmos valores que a OMS e as organizações de interesse público:

Dessa maneira, é problemático que distinções cruciais entre a sociedade civil e o setor privado sejam apagadas ao defini-los como atores não estatais no Marco proposto perante a Assembleia.

Sociedade civil e setor privado não são a mesma coisa e não se pode considerar que partilhem os mesmos interesses primários baseados em valores. Na verdade, não acreditamos que a política esteja propondo um exame cuidadoso de conflito de interesses. Se levada adiante na forma atual, pode levar a uma caminho escorregadio em direção à captura corporativa da arena da saúde pública global. (STICHTING HEALTH ACTION INTERNATIONAL, 2014, p. 1, tradução nossa)⁴².

⁴²It is therefore problematic that crucial distinctions between civil society and the private sector are blurred by subsuming them as non-State actors in the proposed Framework before the assembly.

Civil society and the private sector are not the same, and cannot be considered to share the same value-based primary interests. In fact, we do not believe that the policy is proposing a thorough examination of conflict of interests. If taken forward in its current form, it may lead down a slippery path towards corporate capture of the global public health arena.

Tendo em vista a necessidade de construção de entendimento para elaboração de regras para lidar com o conflito de interesse e o setor privado, a decisão WHA67(14) recomendou que Estados-membros e Escritórios Regionais promovessem consultas para discussão dos assuntos (as quais aconteceram no segundo semestre de 2014), e que, após a revisão dos comentários resultantes das consultas, o Secretariado submetesse novo esboço de Marco, que, por sua vez, também deveria ser submetido à análise dos Estados-membros e do Conselho Executivo, em sua reunião de janeiro de 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b).

Não obstante, nessa reunião do Conselho Executivo tampouco se chegou a um consenso sobre um documento que pudesse ser submetido à votação pela Assembleia Mundial da Saúde e, para tanto, o Conselho, por meio da decisão EB136(3), mais uma vez instou os Estados-membros a apresentarem propostas para o texto do Marco e demandou a realização de um encontro intergovernamental, em final de março e início de abril de 2015, para discutir as propostas apresentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015h).

Em maio de 2015, na 68ª Assembleia Mundial da Saúde, mais um esboço de Marco foi submetido à análise. Quanto a esse documento, havia consenso em alguns dos assuntos, mas não ainda em sua inteireza (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). Em virtude disso, foi realizado um encontro intergovernamental, presidido pela Argentina, com o objetivo de tentar o consenso sobre os assuntos do documento ainda em discussão, não obstante restaram ainda pontos sobre os quais pairavam dúvidas, por exemplo, sobre a aceitabilidade ou não de cessão de pessoal à organização pelos atores não Estatais. Destarte, a decisão sobre o texto final do Marco foi adiada para a 69ª Assembleia Mundial da Saúde, a acontecer em maio de 2016.

Nesse íterim, a resolução nº 68.9 da Assembleia requisitou da Diretora Geral, além do desenvolvimento de um piloto de plataforma para registro das informações concernentes aos atores não estatais com os quais a OMS possui relacionamentos, a realização de outro encontro intergovernamental e da finalização de um esboço de Marco que possa ser incluído na agenda da 69ª Assembleia pelo Conselho Executivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015c). Esse encontro aconteceu de 8 a 10 de julho de 2015 e, visto que ao seu termo não se logrou concluir o trabalho, a sessão foi retomada em dezembro desse mesmo ano.

Em outubro de 2015, o Secretariado publicou documento intitulado “*Implication of implementing the Framework of engagement with non-State actors: non-paper by the WHO Secretariat for consideration for the informal meeting of Member States on 19-23 October*”, em que argumentava que o projeto de Marco, tal como se apresentava naquele momento, implicava a possibilidade de prejudicar a colaboração com os atores não estatais⁴³ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015h).

Esse documento, todavia, foi criticado em uma carta endereçada à Diretora Geral e redigida por um grupo de 61 organizações não governamentais, e que expressava o receio desses atores de que a OMS fosse capturada pelos interesses comerciais e reforçava a necessidade de aprovação de um Marco com regras rígidas de gestão de conflitos de interesse (THE THIRD WORLD NETWORK, 2015b).

Interessa-nos, nesse trabalho, analisar a participação conferida aos atores não estatais pelo último documento até então apresentado, qual seja o A68/A/CONF./3 Rev.1, de 26 de maio de 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b), e compará-lo à participação até então assegurada às organizações não governamentais pelos documentos atualmente em vigor, com a finalidade de identificar se a alteração permitirá ampliação dessa participação.

Para tanto, contudo, iniciaremos por uma breve apresentação do conteúdo e principais disposições dos esboços de Marco de colaboração apresentados na 67ª e na 68ª Assembleias Mundiais de Saúde. A análise da participação permitida será realizada no capítulo que segue.

⁴³Os potenciais prejuízos apontados nesse documento seriam: a) a sobrecarga de trabalho de verificação relativa a cada uma das interações com os atores não estatais; b) o excesso de exigência de transparência poderia fazer com que atores importantes deixassem de colaborar com a OMS; c) os sistemas previstos no Marco causariam atrasos nos processos decisórios e nas respostas a emergências; d) se aplicadas a indivíduos, as provisões poderiam desencorajar a atuação desses junto à OMS, e) algumas medidas previstas são de difícil aplicabilidade; f) os atores não estatais podem ser desencorajados a participar de eventos da OMS pelas exigências apresentadas, incluindo dentre outros uma possível dificuldade de recrutamento de profissionais caso seja proibida a cessão de pessoal e a exposição da OMS a críticas externas pela publicação de relatórios de devida diligência e de avaliação de riscos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015h).

5.1.2.1 Marco para a colaboração dos atores não estatais submetido à 67ª Assembleia Mundial da Saúde, 2014

O documento A67/6: *Framework of engagement with non-State actors* foi produzido pelo Secretariado da OMS com o aporte dos resultados das consultas informais. Ele se subdivide em duas partes, contendo a primeira as regras gerais e abrangentes de colaboração, e a segunda composta de quatro grupo de regras para a colaboração com as organizações não governamentais, as entidades comerciais privadas, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas, com as possibilidades e os limites aplicados a cada grupo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

A primeira parte, *Draft Overarching framework for engagement with non-State Actors*, que denominaremos Marco abrangente, organiza-se segundo as seguintes sessões:

1) *Rationale* (Apresenta a necessidade e os fundamentos da colaboração com os atores não estatais); 2) Princípios; 3) Limites da colaboração; 4) Definição dos Atores não estatais abrangidos pelo Marco; 5) Tipos de interação; 6) Benefícios e Riscos da Colaboração; 7) Devida diligência, avaliação de risco e gestão do risco; 8) Transparência; 9) Estabelecimento de políticas, normas e padrões; 10) Associação com o nome e o emblema da OMS; 11) Relação do Marco com as políticas específicas; 12) Relação com outras políticas da OMS; 13) Processo de gestão da colaboração; 14) Termo de Referência do Comitê de Atores Não Estatais do Conselho Executivo; 15) Relações oficiais; 16) Avaliação da colaboração; 17) Não observância do Marco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Na sexta sessão, Benefícios e riscos da colaboração, constante dos artigos 21 a 24 do projeto, o texto proposto enumera quais os riscos podem ser advindos da colaboração com atores estatais e que deverão ser considerados pela OMS ao estabelecer a colaboração, quais sejam: a possibilidade de exercício de influência indevida ou imprópria sobre o trabalho da OMS; a possibilidade de impacto negativo na reputação e credibilidade da OMS; e a possibilidade de que a colaboração com a OMS seja mal direcionada pelo ator para seu próprio benefício. Nessa sessão, atenta-se, ainda, para a possibilidade de conflitos de interesse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Aliada a essa seção, a sessão 7 (art. 25 a 28) cuida de definir o que se entende por devida diligência, avaliação e gestão de riscos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

A parte 8 do esboço de Marco (art. 29 e 30) trata da necessidade de assegurar a transparência das atividades da OMS, e o faz por meio da imposição de prestação de informações pelos atores não estatais e por sua disponibilização ao público. Faz-se, ainda, menção ao projeto de plataforma eletrônica chamado *WHO Register of non-State Actors*, que está em fase de teste, e que disponibilizará, pela internet, essas informações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

O art. 32, na décima sessão, protege o nome e o emblema da OMS por meio da proibição de sua vinculação em materiais promocionais e da necessidade de autorização expressa de sua utilização pela Diretoria Geral, para outros fins (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Na descrição dos processos de gestão da colaboração, constantes dos art. 37 a 42 do título 13 do esboço de Marco, são mencionados os elementos que devem ser considerados pelo Secretariado quando do estabelecimento da colaboração para bem categorizar o ator não estatal. Mais uma vez, destaca-se a necessidade de fornecimento de informações pelo ator não estatal e de garantia de publicidade a esses dados. Propõe-se, também, a criação de um fluxo de trabalho eletrônico que permita o preenchimento das informações e o envio dos documentos necessários para o estabelecimento da colaboração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Interessante notar que o art. 38 c/c art. 39 do esboço atribui a responsabilidade pela decisão de estabelecimento da colaboração ao Secretariado da OMS, salvo quando, após a avaliação de riscos potenciais, esses forem superiores aos benefícios esperados, caso em que a decisão será enviada a um Comitê Sênior de Gestão da Colaboração (*Senior Management Committee on Engagement*), cuja criação encontra-se implícita no documento, que decidirá sobre a colaboração ou remeterá a decisão à Diretoria Geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). De acordo com o décimo sexto título do esboço (art. 66), o Comitê Sênior deveria ser estabelecido no âmbito do Secretariado, nomeado pelo Diretor Geral e incluindo representantes dos Escritórios Regionais, e teria como atribuições decidir sobre o estabelecimento da colaboração, as medidas de mitigação de risco, e o término da colaboração em casos em que riscos elevados estejam a ela relacionados.

Além da criação do Comitê Sênior, a sessão 14 do esboço (art. 43 a 47) propõe a criação de um Comitê sobre Atores Não Estatais, no seio do Conselho Executivo, e lança os parâmetros para seu funcionamento: composição, escopo de trabalho, e periodicidade de reuniões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Esse Comitê, em conformidade com o art. 65 da sessão 16 do esboço, teria como atribuição a fiscalização da política de colaboração, sendo responsável por propor revisões ao Marco, pela revisão dos relatórios anuais do Diretor Geral sobre a colaboração, e pela concessão e revisão das prerrogativas de relações oficiais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

A parte final desse esboço (art. 67 a 69) cuida daquilo que considerado não observância do Marco e das respectivas consequências possíveis, dentre as quais destacamos a obrigatoriedade de devolução pela OMS de contribuições financeiras que, posteriormente, se descubram não conformes com os termos do Marco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Por fim, destacamos a análise do décimo quinto título do esboço (art. 48 a 63) que cuida das relações oficiais. O texto do artigo 48 explica que as relações oficiais são prerrogativas conferidas a organizações não governamentais, associações comerciais internacionais e instituições filantrópicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Destarte, ficam excluídas da possibilidade de estabelecimento de relações oficiais as instituições acadêmicas e as entidades do setor privado – que diferem das associações comerciais internacionais pois essas, embora sejam representantes daquelas, não têm fins lucrativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

O Marco apresenta os critérios que devem ser preenchidos pelo ator não estatal para a concessão de relações oficiais, incluindo sua estrutura e natureza (art. 49 e art. 54), a composição de um plano de trabalho trienal e a obrigação de apresentação de relatórios de cumprimento desse plano (art. 50) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

As prerrogativas decorrentes das relações oficiais, tal como definido nesse esboço (art. 52), são: 1) o direito de apontar um representante, sem direito de voto, para participar das reuniões dos órgãos de governo; 2) o direito de fazer uma manifestação a convite ou mediante autorização da presidência; e 3) o direito de submeter antecipadamente essa manifestação ao Secretariado, para que este possa providenciar sua disponibilização no *web site* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Adiciona-se a esses o direito de

participação das reuniões dos Escritórios Regionais da OMS (art. 54) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Destacamos, ainda, a obrigação de que os atores não estatais declarem a afiliação de seus delegados, incluindo, quando for o caso, suas funções em outras organizações.

Comparado ao procedimento de estabelecimento de relações oficiais constante nos princípios de 1987, esse esboço simplifica o procedimento, uma vez que abre a possibilidade de que seja iniciado por meio eletrônico, com fundamento nas informações que constarão do *WHO Register of non-State Actors*, devendo, apenas, ser acompanhado de uma carta atestando a veracidade das informações prestadas na plataforma eletrônica (art. 55 e 56) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Após as regras gerais aplicáveis à colaboração com os atores não estatais, seguem quatro partes que regem, respectivamente, a colaboração com as organizações não governamentais, as entidades do setor privado, as fundações filantrópicas e as instituições acadêmicas, sendo que todas elas iniciam pela explicitação de como esses atores influenciam o campo da saúde global.

Passaremos, então, à descrição do regime previsto por essas regras, identificando aquilo que têm em comum e aquilo em que criam regimes diferenciados para os diversos atores.

1) Participação: As regras propostas permitem que a OMS mantenha com os atores não estatais consultas, eletrônicas ou presenciais, para a preparação de suas políticas, cujo formato será decidido a cada caso pelo órgão que as determinou ou pelo Secretariado. Essa participação se estende, também, a outros encontros cujo assunto seja de interesse do ator e quando a participação signifique adição de valor ao encontro. Em todos os casos, não é permitida a participação dos atores não estatais na formulação de recomendações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

2) Envolvimento do Secretariado nos encontros organizados pelos atores não estatais: As regras apresentadas para as organizações não governamentais, para as fundações filantrópicas e para as instituições acadêmicas são as mesmas.

Segundo elas, permite-se que a OMS seja envolvida em eventos organizados por essas três categorias de atores não estatais seja na forma de organização conjunta ou de copatrocinio do evento, seja enviando seus membros como painelistas ou palestrantes. De

toda forma, exige-se que tal participação preserve a integridade, a independência e a reputação da OMS, e estabelece-se que a participação não constitui nenhuma forma de apoio oficial ou de endosso aos atores, e que tampouco pode ser utilizada por eles para fins promocionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

As regras aplicáveis às entidades do setor privado diferem das demais pois não permitem a participação da OMS na qualidade de copatrocinadora em eventos organizados por entidade do setor privado, em eventos nos quais exista intervenção no conteúdo científico pelas referidas entidades, e em eventos que tenham, ainda, patrocínio de entidades do setor privado que atuem no campo da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

As regras, ainda, proíbem a exibição de comerciais nas dependências e eventos organizados pela OMS, bem como proíbe o patrocínio da OMS a quaisquer exibições comerciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Quadro 9 – Formas permitidas de envolvimento da OMS em eventos organizados pelos atores não estatais segundo o esboço de Marco de colaboração de 2014

Tipo de envolvimento	ONG	Fundações Filantrópicas	Instituições Acadêmicas	Entidades do Setor Privado
Co-organização	Sim	Sim	Sim	Não
Copatrocinio	Sim	Sim	Sim	Não
Painelista	Sim	Sim	Sim	Sim
Palestrante	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a.

3) Recursos: O esboço permite que a OMS receba recursos dos atores não estatais, sendo que essas contribuições podem se dar na forma de fundos, cessão de pessoal e em espécie, exceto para as entidades do setor privado que não podem realizar contribuições na forma de cessão de pessoal.

As políticas de contribuição de recursos pelas entidades do setor privado serão analisadas de forma separada por apresentarem diferenças importantes em relação às demais.

Embora haja diferenças nos tipos de recursos e nos critérios para seu recebimento, aplicam-se a todas contribuições advindas dos atores não estatais os mesmos

procedimentos operacionais, consistentes na obrigação de identificação das contribuições realizadas (e de seus contribuintes), na garantia de transparência dessas contribuições, e na obrigação de sua inclusão nos relatórios financeiros e auditáveis da organização e nos portais eletrônicos *Programme Budget* e *WHO Register of non State actors* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). No caso de contribuições de entidades do setor privado, exige-se, ainda, a assinatura de um acordo escrito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Para os atores que realizaram a contribuição, permite-se a sua inclusão em seus relatórios anuais e em seu sítio eletrônico (desde que o texto tenha sido acordado com a OMS), contudo proíbe-se a sua menção em peças publicitárias, e, no caso das entidades do setor privado e das fundações filantrópicas, proíbe-se o uso do resultado dessa contribuição para fins comerciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Quadro 10 – Contribuições permitidas segundo o esboço de Marco de colaboração de 2014

Tipo de contribuição	ONG	Fundações Filantrópicas	Instituições Acadêmicas	Entidades do Setor Privado
Fundos	Sim	Sim	Sim	Sim, com condições
Cessão de pessoal	Sim	Sim	Sim	Não
Contribuições em espécie	Sim	Sim	Sim	Sim, com condições
Recebimento de recursos oriundos da OMS	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a.

Embora seja permitida a cessão de pessoal pelas fundações filantrópicas, o esboço não trouxe, nas políticas específicas aplicáveis a tais atores, regras para regulamentação dessa forma de contribuição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

A cessão de pessoal, todavia, está regulamentada, de maneira idêntica, nas políticas aplicáveis às organizações não governamentais e às fundações filantrópicas. De acordo com o esboço em análise, são permitidas cessões de pessoal de organizações não governamentais e de instituições acadêmicas para a OMS, desde que tais cessões não criem conflitos de interesse entre as atividades desempenhadas pelo profissional na OMS e em sua instituição empregadora e que o profissional responda unicamente à OMS e se submeta

a suas regras internas, incluindo as regras de confidencialidade e, se for o caso, de aplicação de medidas disciplinares e do término da cessão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

As políticas aplicáveis à colaboração com as organizações não governamentais e com as instituições acadêmicas não trazem normas específicas para o recebimento de recursos oriundos desses atores. Porém, permitem que a OMS realize contribuições a tais atores para a implementação de um projeto de seu interesse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

As regras para o recebimento de recursos vindos de fundações filantrópicas demandam da OMS a necessidade de garantia de que a organização não se torne dependente de uma única fonte de recursos, resguardam o direito discricionário da OMS de rejeitar uma contribuição, e instituem que o recebimento desses recursos não confere qualquer forma de endosso, privilégios e vantagens à fundação, e tampouco de qualquer possibilidade de intervenção na administração ou implementação de atividades operacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

4) Recursos advindos de entidades do setor privado: Segundo esse documento, os riscos decorrentes da aceitabilidade de recursos de entidades do setor privado dependem do campo de atividades da entidade, de em quais atividades da OMS os recursos serão utilizados, e das modalidades de contribuição. Dessa forma, podem ser aceitos recursos oriundos de entidades cujas atividades não se relacionem com o campo de atuação da OMS, desde que não sejam relativas a atividade incompatível com o trabalho da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

No extremo oposto, são proibidas contribuições de entidades que tenham interesse comercial direto nas atividades com as quais contribuiriam, exceto para o caso de testes clínicos e desenvolvimento de produtos em que haja a assinatura de acordo garantindo a disponibilização, em condições privilegiadas, dos produtos resultantes a países de média e baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Mesmo quando as entidades tenham interesse indireto no resultado de um projeto, o recebimento de contribuições deve ser cauteloso e, nessas condições, deve ser oferecida igualdade de colaboração a todas entidades com o mesmo interesse ou, se for o caso, justificar-se a impossibilidade de colaboração com outras entidades. Deve-se cuidar para

evitar a possibilidade de conflito de interesse ou aparência de associação inapropriada com o contribuidor (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Segundo o Marco, contribuições financeiras e em espécie de entidades do setor privado para a OMS somente são aceitáveis nas seguintes condições:

- a) as contribuições não devem ser usadas para o trabalho normativo da organização;
- b) o benefício para a saúde pública deve claramente ser superior aos riscos em potencial;
- c) a proporção de fundos do setor privado para qualquer atividade não pode ser de tal sorte que a continuação do programa dependa desse apoio;
- d) a aceitação da contribuição não importa endosso da OMS para a entidade do setor privado, suas atividades, produtos ou serviços;
- e) o contribuidor não pode usar os resultados do trabalho da OMS para fins comerciais ou mencionar sua contribuição em material promocional;
- f) a aceitação da contribuição não dá à entidade privada nenhum privilégio ou vantagem;
- g) a aceitação da contribuição não oferece à entidade nenhuma possibilidade de aconselhamento, influência, participação ou comando da administração ou implementação de atividades operacionais; e
- h) a OMS mantém seu direito discricionário de recusar uma contribuição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

O Marco autoriza o Diretor Geral a estabelecer mecanismos para levantar contribuições de fontes múltiplas, desde que esses aconteçam de tal forma que evitem o exercício de influência no trabalho da OMS; que os mecanismos sejam abertos a todos os contribuidores interessados; e que seja assegurada a transparência por meio do *WHO register of non state actors* e do *Programme Budget web portal* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

A contribuição de entidades do setor privado para a OMS podem dar-se na forma de doação de remédios e produtos relacionados à saúde; contribuições para testes clínicos; contribuições para encontros da OMS; contribuições para a participação de membros da OMS em encontros externos; contribuições para publicações; contribuições para pagamento de salários; e recuperação de custos.

No caso de doação de remédios e produtos relacionados à saúde, e, segundo as regras aqui analisadas, sua aceitabilidade depende das seguintes condições:

- a) deve existir fundada evidência da segurança e eficácia do produto na indicação para a qual ele é doado, e o produto deve ser aprovado ou autorizado pelo país receptor para o uso nessa indicação e deve aparecer preferencialmente na *WHO Model list of Essential Medicines* para aquela indicação;
- b) devem ser determinados critérios objetivos e justificáveis para a seleção dos países, comunidades ou pacientes receptores;
- c) deve ser iniciado um sistema de suprimento e determinados os meios para evitar o desperdício, furto ou mal-uso (incluindo vazamento de volta ao mercado);
- d) deve ser iniciado um programa de treinamento e de supervisão para o pessoal envolvido na administração do suprimento, estoque e distribuição do doador até o usuário final;
- e) A doação de medicamentos e outros produtos de saúde não deve ter natureza promocional, seja como forma de promoção da imagem da companhia, seja como meio de criação de demanda pelo produto;
- f) deve ser acordado um plano de finalização da doação entre os países receptores;
- g) deve ser estabelecido, em conjunto com a companhia doadora, um sistema de monitoramento de reações adversas ao produto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

No caso de contribuições para a realização de testes clínicos, as regras do esboço estabelecem sua análise a cada caso pelo Comitê Sênior de Gestão sobre a Colaboração, devendo ser assegurado que: a) a pesquisa ou o desenvolvimento da atividade sejam de importância para a saúde pública; b) a pesquisa seja conduzida a pedido da OMS e que os potenciais conflitos de interesse sejam administrados; e c) se a OMS não estiver envolvida na pesquisa, deve ser assegurado que a investigação tenha sido empreendida em conformidade com padrões e diretrizes técnicos e éticos internacionalmente aceitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Se os requisitos acima forem atendidos, a OMS pode, também, aceitar contribuição financeira de companhia que tenha interesses comerciais diretos no teste em questão, desde que se preserve o controle da OMS sobre o resultado do teste, incluindo o conteúdo das

publicações resultantes, e que os resultados sejam livres de qualquer influência inapropriada ou influência aparente pela companhia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Para as contribuições com a finalidade de financiar encontros organizados pela OMS, aplicam-se as regras de que podem ser aceitas contribuições para apoiar os custos globais do evento; mas que são proibidas contribuições destinadas a financiar a participação de convidados específicos (incluindo a viagem e acomodação de tais convidados), independentemente de ser a contribuição destinada diretamente ao participante ou por intermédio da OMS; bem como não pode haver o pagamento de recepções da OMS e eventos similares pelas entidades do setor privado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Os encontros externos são aqueles organizados por outra parte que não a OMS. No caso de contribuição de entidade do setor privado para auxiliar membros do pessoal da OMS a participar do evento, ela será permitida quando o evento for organizado por essa mesma entidade e caso ela também esteja custeando as despesas de viagem de outros participantes no evento. Entretanto, não serão aceitas contribuições para participação em encontros organizados por uma terceira parte (outra que não a entidade do setor privado ou a associação comercial que propôs custear as despesas) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

No caso de contribuição de entidades do setor privado para as publicações da OMS, os fundos podem ser aceitos para arcar com os custos de impressão, desde que não surjam conflitos de interesse e provido que é proibida a colocação de anúncios comerciais nas publicações da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

As contribuições de entidades do setor privado destinadas a auxiliar o pagamento de salários de membros específicos do pessoal ou de postos (incluindo consultores de curto prazo) não devem ser aceitas se puderam dar margem a conflitos de interesse reais ou aparentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

A contribuição na forma de recuperação de custos acontece quando a OMS estiver promovendo um esquema de avaliação (por exemplo, para avaliar certos produtos, processos ou serviços em razão de diretrizes da OMS), e a organização pode incumbir

entidades do setor privado de tais serviços na base de recuperação de custos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

5) Evidências: O esboço permite a colaboração da OMS com os atores não estatais na geração de evidência, gestão do conhecimento, coleta de informações e pesquisa, provido que os conflitos de interesse resultantes dessa colaboração com as entidades do setor privado sejam administrados e que haja acordo com a instituição acadêmica para regulamentar a propriedade intelectual resultante da colaboração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

6) Advocacy: As políticas específicas permitem que a OMS colabore com os atores não estatais na advocacia pela saúde, os quais são encorajados a disseminar as políticas, diretrizes, normas e padrões da OMS de forma a estender o alcance da organização. Destacamos que as entidades do setor privado somente podem entrar em tal colaboração caso se comprometam a adotar integralmente as normas advogadas, uma vez que não se permite sua adoção parcial ou seletiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

7) Colaboração técnica: O esboço encoraja o Secretariado a empreender colaboração técnica com organizações não governamentais, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas, desde que essa colaboração seja no interesse da OMS e submetida a suas regras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

A colaboração técnica com as entidades do setor privado, por sua vez, somente é permitida se os potenciais riscos decorrentes da colaboração forem mitigados, e desde que o trabalho normativo da organização seja preservado de toda influência indevida e que não haja interferência na função de recomendação da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

A colaboração técnica com as entidades do setor privado pode tomar a forma de aconselhamento técnico no desenvolvimento de um produto para o qual a OMS tenha elaborado especificações especiais, ou a forma de desenvolvimento de produto. No primeiro caso, deve ser assegurada igualdade de colaboração para todas entidades interessadas. E no segundo, que pode acontecer por meio da condução de pesquisa colaborativa, de apoio na transferência e licenciamento de tecnologias, ou do licenciamento pela OMS da propriedade intelectual, depende da assinatura de acordo específico com a entidade, com interferência do Escritório de Assessoria Jurídica da OMS,

e que o produto final seja disponibilizado de forma ampla e acessível, e a preços preferenciais para o setor público de países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Desde que tal acordo seja concluído, permite-se, em adição, o financiamento do setor privado para testes clínicos promovidos pela OMS sobre o produto em questão, se os ganhos para o interesse público forem superiores a qualquer risco potencial na aceitação da contribuição financeira (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

5.1.2.2 Marco para a colaboração dos atores não estatais resultante da 68ª Assembleia Mundial da Saúde, 2015

O documento A68/A/CONF./3 Rev.1: *Framework of engagement with non-State actors* é a última versão do trabalho do Grupo de Projetos do Comitê A da 68ª Assembleia Mundial da Saúde, apresentado em 25 de maio de 2015, e que contou com o aporte dos trabalhos do Encontro Intergovernamental Aberto presidido pela Argentina.

Porém, trata-se de um esboço não finalizado, uma vez que ainda apresenta trechos em que não houve consenso quanto a sua redação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). Nesse sentido, salvo questões de redação que não influenciam o conteúdo, na parte geral do esboço de Marco de colaboração com os atores não estatais, não há consenso sobre:

1) o regime a ser aplicado às parcerias público-privadas realizadas entre os atores não estatais (art. 14*bis*);

2) as políticas para recebimento de recursos, incluindo o estabelecimento de um teto a partir do qual os recursos seriam direcionados aos programas sem recursos, e o incentivo para que os recursos sejam de aplicação discricionária da OMS e não afetados (art. 18);

3) o modo de fiscalização da colaboração pelos Estados-membros, se baseado em relatórios preparados para tanto ou se baseado em informações disponíveis para os Estados-membros em meio eletrônico (art. 22);

4) a disponibilização de relatórios gerais ou de resumos sobre a devida diligência, avaliação de risco e gestão de risco, e se essas informações serão disponibilizadas ao

público em geral ou aos Estados-membros, para fins de assegurar a transparência da colaboração (art. 37 e 38);

5) a aceitabilidade ou não de cessão de pessoal (art. 46);

6) os critérios para a concessão de relações oficiais (art. 50 e 51);

7) a acreditação das organizações não governamentais (art. 64*bis*);

8) a fiscalização da colaboração (art. 65);

9) os passos para implementação do Marco (art. 72) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Nas quatro políticas específicas para a colaboração, repete-se a ausência de consenso acerca da aceitabilidade ou não da cessão de pessoal para a OMS. Nas políticas específicas para colaboração com as organizações não governamentais, com as fundações filantrópicas e com as entidades acadêmicas, aliás, esse é o ponto maior de dissenso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Tal não é o caso das políticas específicas para a colaboração com as entidades do setor privado, nas quais falta consenso em muitos pontos mais: 1) a aceitabilidade ou não de recursos financeiros de entidades do setor privado ou a definição de um teto para o recebimento de fundos afetados (com destinação definida pelo doador) dessas entidades (art. 12); 2) a previsão de que o Diretor Geral crie mecanismos de levantamento de fundos de fontes múltiplas (art. 14); 3) aceitabilidade de recebimento de contribuições para o pagamento de salários (art. 29); 4) limitação da participação de entidades do setor privado em audiências para formulação de normas e padrões, e a exclusão da participação de indivíduos relacionados a tais entidades (art. 31 e 32); e 5) exigência de disponibilização dos produtos resultantes da colaboração técnica para desenvolvimento de produtos de forma acessível a países de baixa e média renda (art. 38) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Esse documento mantém a mesma estrutura apresentada pelos esboços que o antecederam, ou seja, uma parte inicial da qual constam as regras gerais aplicáveis a toda colaboração com os atores não estatais e quatro grupos de regras específicas aplicáveis, respectivamente, às organizações não governamentais, às entidades do setor privado, às fundações filantrópicas e às instituições acadêmicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Em sua primeira parte, qual seja, as regras abrangentes aplicáveis à colaboração com os atores não estatais, o documento apresenta as seguintes subdivisões: 1) Introdução; 2) *Rationale*, princípios, benefícios e riscos; 3) Atores; 4) Tipos de interação; 5) Gestão de conflito de interesse e outros riscos da colaboração; 6) Provisões específicas; 7) Relação do Marco com outras políticas; 8) Relações oficiais; 9) Acreditação de organizações não governamentais; 10) Fiscalização da colaboração; 11) Não observância do Marco; e 12) Monitoramento e avaliação do Marco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Não se percebem grandes alterações no texto do documento quando comparado com seu antecedente de 2014. Percebe-se, contudo, um maior detalhamento de assuntos que, no texto anterior, estavam somente indicados e que, no presente, texto, foram mais elaborados, como é o caso, por exemplo, na sessão sobre a aceitabilidade de recursos (art. 17, no projeto de 2014, e art. 18, no texto de 2015) e sobre a colaboração no tipo Evidências (art. 18, no projeto de 2014, e art. 19, no texto de 2015).

Houve o desenvolvimento de importantes aspectos que, no texto precedente, tinham somente uma ideia geral apresentada. Nesse sentido, destacamos a inclusão dos procedimentos para a realização da Gestão de conflito de interesse e riscos da colaboração, que explicita os passos a serem tomados para a avaliação e gestão dos riscos e a devida diligência (art. 22 a 36), bem como os procedimentos para a realização da fiscalização da colaboração (art. 65 e 66) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Na segunda parte, *Rationale*, princípios, benefícios e riscos, concedeu-se maior ênfase na preservação da OMS contra os riscos decorrentes da colaboração e, no lugar do que fazia o documento anterior, que permitia a colaboração quando seus benefícios superassem seus riscos (art. 22), esse documento, claramente, estatui o dever de evitar tais riscos (art. 8^{alt}) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b):

22. There can be risks in engagement with non-State actors. WHO takes a risk-management approach to engagement, entering **only when the benefits of the engagement** in terms of direct or indirect contributions to the fulfillment of the Organization's mandate and the public health gains **clearly outweigh the risk of engagement** as well as the time and expense involved in establishing and maintaining the engagement. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a, p.5, grifos nossos).

8 alt WHO's engagement with non-State actors can involve risks **which need to be effectively managed, and where appropriate avoided**. [...]. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 5).

O esboço apresentado em 2015, contudo, apresenta algumas alterações com relação ao esboço de Marco anteriormente analisado. Em primeiro lugar, embora isso não implique uma alteração substancial com relação ao documento anterior, esse documento enfatiza, em cada uma das políticas específicas, que os atores não estatais não participarão de nenhum processo de tomada de decisão da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Enquanto o esboço apresentado em 2014 previa a criação de novos comitês, o Comitê Sênior de Gestão sobre colaboração e o Comitê sobre atores não estatais, esse documento cria somente um Grupo de Coordenação da Colaboração (art. 34 e 35). Ele estabelece, todavia, novas atribuições para comitês já existentes na estrutura da OMS, como por exemplo, a atribuição da função de monitoramento do Marco de avaliação pelo Comitê de Programa, Orçamento e Administração (PBAC).

Importante, também, destacar a menção às parcerias público-privadas (art. 14*bis*), que são um mecanismo frequente de colaboração da OMS (YAMEY, 2002a, RICHTER, 2012), embora ainda não haja consenso sobre como serão definidas as regras a serem a elas aplicadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b):

14bis alt. [Partnerships including NGOs, academia, philanthropic foundations and private sector entities can be important organizational models promoting public health. WHO engages with partnerships in accordance to its partnership policy (footnote: as described in paragraph 48) and this framework. Depending on the nature and composition of a partnership, WHO will apply one of the four specific policies to its engagement with this partnership.] OR (~~DEL~~)
OR

[14alt bis. WHO engages with partnerships that promote public health, including NGOs, academia, philanthropic foundations and private sector entities. In those situations in which the secretariat identifies the need for, or is asked to participate in, a partnership without hosting it, both the current framework and the framework on partnerships (WHA63.10) will apply¹, as set out in paragraph 48 [of the current framework]. Depending on the nature of composition of the partnership, WHO will apply one of the four specific policies to its engagement with this partnership.] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 8)

O documento de 2015, em adição, inclui em seu artigo 64*bis*, ainda pendente de consenso, a possibilidade de estabelecimento de políticas de acreditação das organizações não governamentais ao lado das políticas de colaboração:

[ACCREDITATION OF NGOS

64 bis To be eligible for accreditation to the Health Assembly, Executive Board and committees and conferences convened under their authority, a nongovernmental organization shall:

- (a) have aims and purposes consistent with WHO's Constitution and in conformity with the policies of the Organization as well as resolutions and decisions adopted by the Executive Board and the World Health Assembly;
- (b) demonstrate competence in a field of activity related to the work of WHO;
- (c) have membership and/or activities that are international in scope;
- (d) be non-profit and public interest in nature, and in its activities and advocacy;
- (e) have an established structure, a constitutive act, and accountability mechanisms;
- (f) for a membership organization, have the authority to speak for its members and have a representative structure; The Membership should not contain private sector entities, individuals associated with private sector entities or philanthropic foundations and academic institutions not at arm's length with private sector;
- (g) have existed formally for at least three years as of date of receipt of the application by WHO;
- (h) disclose information on its objectives, structure, membership of executive body, field of activities and source of financing, and, where applicable, its status with other entities of the United Nations system;
- (i) agree to provide WHO regularly with updated information as well as to inform WHO of any changes with respect to its status as « non-governmental organization » as soon such changes take place.

Completed applications should reach WHO headquarters by the beginning of June in order to be considered by the Executive Board in January of the following year. Applications should be transmitted to Member States by the Secretariat two months in advance of the session at which they will be considered. A re-application from a "nongovernmental organization" shall not be considered until two years have elapsed since the Board's decision on the original application. Once a nongovernmental organization is accredited, information gathered on its objectives, structure, membership of executive body, field of activities and source of funding, including updated information, shall be made publicly available. A report on accredited nongovernmental organizations shall be submitted every two years to the Executive Board.]. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 23-24).

Essa proposta já havia sido apresentada à OMS em 2002, em estudo realizado por Lanord, que pretendia a separação entre a colaboração das organizações não governamentais com o Secretariado e a participação dessas instituições nos órgãos de governo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a). O motivo para essa separação proposta em 2002 era o de assegurar a possibilidade de participação da ONG nos órgãos de governo da OMS, sem a necessidade, para essa finalidade exclusiva, de preenchimento de todas as exigências estabelecidas para a colaboração, como, por exemplo, a apresentação de um plano trienal de trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

5.2 Comparação entre o regime atual de colaboração com as organizações não governamentais e o projeto para colaboração com os atores não estatais de 2015

Finalmente, comparando os Princípios que regem a relação entre a OMS e as organizações não governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d) ao projeto de Marco de Colaboração com os Atores Não Estatais, tal como se encontra em dezembro de 2015 antes da realização do segundo momento do Encontro Intergovernamental aberto, o projeto então esboçado propõe algumas alterações.

Já de início, o projeto apresenta uma marcante diferença com relação ao regime atualmente em vigor e que consiste na diferenciação das regras de colaboração para cada uma das categorias de atores não estatais: organizações não governamentais, entidades do setor privado, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas.

Outra alteração importante nesse novo regime proposto consiste na simplificação do processo de estabelecimento de relações colaborativas com a OMS e que pretende torná-lo menos burocrático, prevendo a possibilidade de que o ator não estatal o inicie pela internet, por meio da plataforma *WHO Register on non State actors*, que está em fase de desenvolvimento.

O regime anterior, em sua prática, não fazia diferença entre as organizações sem fins lucrativos e as organizações com interesses comerciais. Embora se exija, hoje, a comprovação de que a organização não governamental não possua fins lucrativos no momento de postulação pelas relações oficiais, não há clareza sobre a realização de um acompanhamento dessa característica após concedidas as relações oficiais, de forma que a exigência acaba por se perder ao longo do tempo.

O regime proposto, por sua vez, parte, desde seu início e por meio de procedimentos de devida diligência, da diferenciação de regras aplicáveis a atores com e sem fins lucrativos, sendo que essa característica deve ser acompanhada por meio da submissão anual de informações sobre o ator na plataforma *WHO Register*:

14alt For each of the four groups of entities above, the overarching framework and the respective specific policy on engagement apply. **WHO will determine through its due diligence if a non-State actor is subject to the influence of private sector entities to the extent that the non-State actor has to be considered itself a private sector entity.** Such influence can be exerted through financing, participation in decision making or otherwise. Provided that the

decision-making processes and bodies of a non-State actor remain independent of undue influence from the private sector, WHO can decide to consider the entity as a nongovernmental organization, a philanthropic foundation or an academic institution, but may apply relevant provisions of the [WHO's policy and operational procedures on engagement with private sector entities, [STOP HERE] [such as not accepting financial and in-kind contributions for use in the normative work.] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p.7, grifos nossos).

Outra questão criticável no regime anterior consiste na dificuldade de acesso aos documentos sobre as relações estabelecidas entre a OMS e as demais entidades e a falta de transparência dessas relações (GOSTIN, 2014; THE THIRD WORLD NETWORK, 2014), e para qual o regime em discussão parece pretender resolver pela exigência de submissão anual de dados do ator e de relatórios sobre a colaboração na plataforma eletrônica mencionada.

O regime vigente dispõe sobre o relacionamento da OMS com as organizações não governamentais por meio de relações oficiais e, ao lado dessas, a outra possibilidade de relacionamento que resta é a de relações informais ou relações de trabalho.

Quadro 11 – Comparação entre o regime atual e o regime proposto para a colaboração com os atores não estatais

Características	Regime atual	Regime do projeto
Atores não estatais abrangidos	Organizações não governamentais	Organizações não governamentais, entidades do setor privado, fundações filantrópicas, instituições acadêmicas
Diferenciação de regras por categorias	Não	Sim
Diferenciação entre entidades com e sem fins lucrativos	Não	Sim
Tipos de relações possíveis	Relações de trabalho e relações oficiais	Colaboração, acreditação e relações oficiais
Transparência	Acesso restrito aos documentos sobre a colaboração	Documentos sobre a colaboração disponibilizados para consulta em plataforma eletrônica
Procedimento de estabelecimento de relações oficiais	Documental	Por meio eletrônico, em grande parte.

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

No regime proposto, por sua vez, são apresentadas três possibilidades de relações dos atores não estatais com a OMS: as relações de colaboração, as relações oficiais e a acreditação, sendo que a acreditação é prevista somente para as organizações não governamentais e que as relações oficiais se aplicam somente às organizações não governamentais, às associações comerciais internacionais e às fundações filantrópicas, ficando excluídas as instituições acadêmicas e as entidades do setor privado que tenham fins lucrativos.

A colaboração cuida do exercício de atividades que podem ser realizadas pelos atores não estatais em conjunto com a Organização Mundial da Saúde, e o projeto explicita os tipos de interação que podem acontecer na colaboração, quais sejam: participação, recursos, evidência, *advocacy* e colaboração técnica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

No que concerne às relações oficiais, como já mencionado, elas podem ser estabelecidas com organizações não governamentais, associações comerciais internacionais e fundações filantrópicas que tenham e mantenham colaborações sistemáticas com a OMS (art. 49). Da mesma forma que para a colaboração, é necessário que tais atores possuem conformidade de interesses com o espírito da OMS.

49. “**Official relations**” is a privilege that the Executive Board may grant to nongovernmental organizations, international business associations and philanthropic foundations that have had and continue to have a sustained and systematic engagement¹ in the interest of the Organization. The aims and activities of all these entities shall be in conformity with the spirit, purposes and principles of WHO’s Constitution, and they shall contribute significantly to the advancement of public health. Organizations in official relations can attend governing body meetings of WHO but are otherwise subject to the same rules as other non-State actors when engaging with WHO. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 20).

Comparado ao regime em vigor, a concessão de relações oficiais depende, também, da apresentação de um plano trienal de trabalho (art. 51), mas ainda não há, no projeto, consenso se os mesmos requisitos estruturais serão mantidos (art. 50) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). A decisão sobre o estabelecimento de relações oficiais continua a ser responsabilidade do Conselho Executivo, todavia, a responsabilidade pela análise das solicitações de estabelecimento de relações oficiais e de elaboração de recomendações a esse respeito passa a ser do Comitê de Programa, Orçamento e

Administração (PBAC) (art. 59), do que se entende que não seria criado um Comitê sobre atores não estatais com funções semelhantes ao atual Comitê sobre organizações não governamentais.

O art. 54 traz a obrigação de que o ator em relações oficiais apresente a afiliação e as funções de seus delegados. Isso responde, em certa medida, à crítica de que a OMS não acompanhava a alteração dos interesses por trás das ONG com as quais se relaciona.

Bem como no caso do procedimento para início da colaboração, o procedimento para estabelecimento das relações oficiais é iniciado por meio eletrônico, pela plataforma *WHO Register* (art. 56). Esse procedimento, todavia, continua sem previsão de recurso para o ator não estatal, limitando-se à possibilidade de que ele seja ouvido caso o PBAC julgue importante (art. 59). Porém, o art. 61 institui a obrigação de que o Diretor Geral documente as decisões tomadas pelo Secretariado sobre a colaboração e aquelas tomadas pelo Conselho Executivo sobre as relações oficiais.

As relações oficiais, da mesma forma que no regime atual, serão revistas a cada três anos, e sua continuidade dependerá de sua oportunidade e necessidade para a OMS (art. 62 a 64).

Como já mencionado, uma grande inovação trazida pelo esboço de 2015 consiste no estabelecimento da política de acreditação. Essa política é destinada somente às organizações não governamentais e pretende simplificar as exigências necessárias para que a ONG possa participar da Assembleia Mundial da Saúde, do Conselho Executivo e em seus comitês e conferências.

A decisão sobre o estabelecimento da acreditação cabe ao Conselho Executivo e, uma vez estabelecida, as informações sobre a ONG devem ser tornadas públicas, bem como essas devem ser objeto de relatórios bianuais a serem submetidos ao Conselho Executivo.

A acreditação exige que as organizações não governamentais cumpram os mesmos critérios para o estabelecimento da colaboração, salvo no que diz respeito à necessidade de apresentação de um plano de atividades a serem exercidas conjuntamente com a OMS, que, naquele caso, fica dispensada, simplificando, assim, os procedimentos para a participação nas reuniões dos órgãos de governo da organização.

6 COMPARAÇÃO ENTRE A PARTICIPAÇÃO PERMITIDA PELOS PRINCÍPIOS ATUALMENTE EM VIGOR NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O ESBOÇO DE MARCO DE COLABORAÇÃO COM OS ATORES NÃO ESTATAIS

A hipótese defendida neste trabalho fundamenta-se no referencial teórico da democracia sanitária, apresentado no primeiro capítulo, e consiste na afirmação de que a legitimidade do direito à saúde depende de que os destinatários das normas, dentre os quais se inclui a sociedade civil internacional, possam participar da formação das vontades políticas e da produção normativa.

Partindo desse pressuposto e da importância da Organização Mundial da Saúde como fórum privilegiado de produção das normas do direito internacional sanitário, passamos a analisar os mecanismos de participação da sociedade civil internacional que seriam oportunizados caso aprovado, no seio da reforma da Organização Mundial da Saúde, o Marco de Colaboração com os Atores não Estatais de 2015.

Importa verificar, portanto, se a sociedade civil internacional goza de oportunidades para participar da produção normativa que acontece na Organização Mundial da Saúde. Dessa forma, inciaremos por descrever o poder normativo da organização, antes de analisar, propriamente, se há participação democrática em sua execução.

6.1 Produção Normativa da Organização Mundial da Saúde e legitimidade democrática

A Constituição da Organização Mundial da Saúde dotou a organização de um poder normativo que a destaca dentre as demais organizações internacionais, previsto no artigo 2º, alínea K, que dispõe que uma das funções da organização é “*Propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações respeitantes a assuntos internacionais de saúde e desempenhar as funções que neles sejam atribuídas à Organização, quando compatíveis com os seus fins*” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

A Constituição confere à OMS, portanto, a possibilidade de produção de três tipos de normas: as convenções (art. 19), os regulamentos (art. 21) e as recomendações (art. 23),

cuja competência foi atribuída à Assembleia Mundial da Saúde, órgão plenário da organização.

O artigo 19 da Constituição institui que:

A Assembleia da Saúde terá autoridade para adotar convenções ou acordos respeitantes a qualquer assunto que seja da competência da Organização. Será necessário uma maioria de dois terços dos votos da Assembleia da Saúde para a adoção de tais convenções ou acordos, que entrarão em vigor para cada Estado membro quando aceites por ele em conformidade com as suas normas constitucionais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Mais adiante, o artigo 21 trata da competência da OMS para adotar regulamentos:

A Assembleia da Saúde terá autoridade para adotar os regulamentos respeitantes a:

- a) Medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças;
- b) Nomenclaturas relativas a doenças, causas de morte e medidas de saúde pública;
- c) Normas respeitantes aos métodos de diagnóstico para uso internacional;
- d) Normas relativas à inocuidade, pureza e ação dos produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional;
- e) Publicidade e rotulagem de produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

E finalmente, o artigo 23 cuida da produção das recomendações nos seguintes termos: “A Assembleia da Saúde terá autoridade para fazer recomendações aos Estados-membros com respeito a qualquer assunto dentro da competência da Organização.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Verifica-se, assim, que a Organização Mundial da Saúde é centro de produção do direito internacional sanitário, tanto na forma de *soft law*, por meio das recomendações, como de *hard law*, no caso dos tratados e regulamentos (GOSTIN, 2014).

Quanto à participação dos Estados-membros na produção normativa da OMS, pode-se, facilmente, classificá-la como democrática, levando-se em conta que ela acontece no seio da Assembleia Mundial da Saúde e que esse órgão assegura a representatividade e a igualdade de voto a todos os Estados-membros da organização (LEE, 2009; PAS; SCHAIK, 2013).

O mesmo não acontece, entretanto, no que concerne aos representantes de outros atores, dentre os quais a sociedade civil internacional (PAS; SCHAIK, 2013; LORD;

SUOZZI; TAYLOR, 2010), que possuem participação limitada nos órgãos de governo da organização e, de qualquer forma, não possuem direito de voto.

6.2 Regime atualmente em vigor de participação das organizações não governamentais na Organização Mundial da Saúde

O regime atualmente em vigor na Organização Mundial da Saúde permite que as organizações não governamentais estabeleçam duas formas de relações com a organização: as relações oficiais, que são os meios formais de relacionamento, e as relações de trabalho, por sua vez, informais.

As ONGs em relações de trabalho com a OMS não encontram impedimento para colaboração com os projetos de trabalho da organização e para a participação em suas reuniões técnicas, tanto na sede como nos Escritórios Regionais da OMS. Contudo, as relações informais não permitem o acesso às reuniões dos órgãos de governo da OMS, o que é prerrogativa das organizações não governamentais com relações oficiais.

A concessão do status de relações oficiais depende de um processo cuja decisão cabe ao Conselho Executivo da OMS, e para o qual as organizações não governamentais devem preencher requisitos: teleológicos (seu principal setor de atividades deve ser compreendido na competência da OMS – princípio 3.1), estruturais (a ONG deve ser internacional em sua estrutura ou campo de atividade – princípio 3.2; ter constituição ou documento básico, sede, órgão de direção, estrutura administrativa e autoridade para representar seus membros – princípio 3.3; se estruturar de forma federada – princípio 3.4; autorização de seu governo de origem quando se tratar de organização nacional – princípio 3.5), e temporais (manutenção de, pelo menos, dois anos de relações de trabalho com a OMS – princípio 3.6) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Uma vez conferidas as relações oficiais, a organização não governamental passa a ter algumas prerrogativas:

- 6.1 The privileges conferred by official relationship shall include:
 - (i) the right to appoint a representative to participate, without right of vote, in WHO's meetings or in those of the committees and conferences convened under its authority, on the following conditions: whenever the Health Assembly, or a committee or conference convened under WHO's authority, discusses an item in which a related NGO is particularly interested, that NGO, at the invitation of the

chairman of the meeting or on his acceding to a request from the organization, shall be entitled to make a statement of an expository nature, and may, with the consent of the meeting, be invited by the chairman to make, in the course of the discussion of the item before the meeting, an additional statement for purposes of clarification;

(ii) access to non-confidential documentation and such other documentation as the Director-General may see fit to make available through such special distribution facilities as WHO may establish;

(iii) the right to submit a memorandum to the Director-General, who would determine the nature and scope of the circulation. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d, p. 101-102).

O status de relações oficiais confere à ONG o direito de participar, sem direito a voto, das reuniões dos órgãos de governo. Ademais, assegura o direito de se manifestar, seja mediante a submissão prévia de um discurso, seja mediante o convite do presidente da sessão, e o direito de submeter memorandos ao Diretor Geral da OMS, que decidirá sobre sua disponibilização para os demais participantes dos eventos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Quadro 12 – Configuração das relações entre a Organização Mundial da Saúde e os atores não estatais segundo as regras atualmente vigentes

Características	Relações de trabalho	Relações oficiais
Atores não estatais abrangidos	Organizações não governamentais	Organizações não governamentais
Procedimento de estabelecimento	Informal	Documental e burocrático
Decisão/administração do relacionamento	Secretariado	Conselho Executivo
Participação em órgãos técnicos	Sim	Sim
Participação em órgãos de governo	Não	Sim
Direito de voto nos órgãos de governo	Não	Não
Direito de manifestação nos órgãos de governo	Não	Mediante submissão de discurso pré-aprovado ou convite da presidência
Participação nos debates dos processos decisórios	Não	Não

Fonte: Elaborado pela autora com dados de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d.

Nesse sentido, podemos afirmar que a participação concedida por esse regime é muito restrita: As manifestações permitidas são pré-aprovadas, uma vez que a ONG deve manifestar antecipadamente sua intenção de proferir um discurso e deve, ainda, entregar uma cópia dessa comunicação. Além disso, destaca-se que não há oportunidade para que as organizações não governamentais participem da troca de argumentos, ou seja, não há, efetivamente, uma participação nos debates (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

6.3 Marco de colaboração com os atores não estatais

Passaremos à análise da participação conferida pelo Marco de Colaboração com os atores não-estatais de 2015 nas três modalidades de colaboração previstas nesse documento: colaboração, relações oficiais e acreditação.

6.3.1 Participação na colaboração

No que diz respeito às atividades de participação do Marco de 2015, estas estão previstas de forma geral nos art. 16 e 17, e nas políticas específicas para cada um dos atores não estatais, sendo que o artigo 17 trata da participação da OMS nos eventos organizados pelos atores não estatais.

Participation

16. Non-State actors may attend various types of meetings organized by WHO. The nature of their participation depends on the type of meeting concerned. The format, modalities, and the participation of non-State actors in consultations, hearings, and other meetings is decided on a case-by-case basis by the WHO governing bodies or by the Secretariat.

(a) **Meetings of the governing bodies.** This type involves sessions of the World Health Assembly, the Executive Board and the six regional committees. Non-State actors' participation is determined by the governing bodies' respective rules of procedure, policies and practices as well as the section of this framework that deals with official relations.

(b) **Consultations.** This type includes any physical or virtual meeting, other than governing body sessions, organized for the purpose of exchanging information and views. Inputs received from non-State actors shall be made publicly available, wherever possible.

(c) **Hearings.** These are meetings in which the participants can present their evidence, views and positions and be questioned about them but do not enter into a debate. Hearings can be electronic or in person. All interested entities should

be invited on the same basis. The participants and positions presented during hearings shall be documented and shall be made publicly available, wherever possible.

(d) **Other meetings.** These are meetings that are not part of the process of setting policies or norms; examples include information meetings, briefings, scientific conferences, and platforms for coordination of actors. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 9).

Essas regras gerais, pois, permitem a participação dos atores não estatais nos encontros organizados pela OMS, sendo que a forma como se dará tal participação dependerá do tipo de evento a que se refere (art. 16):

1) Quando a participação for em consultas, audiências e outros encontros, o formato da participação será decidido, caso a caso, pelo órgão de governo que determinou o evento ou pelo Secretariado, sendo que as intervenções realizadas pelos atores não estatais nessas ocasiões deve ser disponibilizada para o público.

2) Quando se tratar de participação nos encontros dos órgãos de governo da OMS, o Marco remete a regulamentação da participação às regras de procedimento, políticas e práticas do órgão, bem como às regras aplicáveis às relações oficiais (art. 16 (a)).

Nesse caso, a participação deverá seguir o disposto no artigo 47 do Regimento Interno da Assembleia Mundial da Saúde, que regulamenta a participação das organizações não governamentais com relações oficiais com a OMS:

Rule 47

Representatives of non-governmental organizations with which arrangements for consultation and co-operation have been made, in accordance with Article 71 of the Constitution, may be invited to attend plenary meetings and meetings of the main committees of the Health Assembly and to participate without vote therein in accordance with those arrangements, when invited to do so by the President of the Health Assembly or by the chairman of a main committee, respectively. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d, p. 151-152).

Ou seja, o Marco remete à regra segundo a qual o ator não estatal – organização não governamental no documento original - poderá enviar para a Assembleia Mundial da Saúde um representante sem direito de voto, e sua manifestação na reunião dependerá da aquiescência de sua presidência. A concordância da presidência para que ocorra uma manifestação, todavia, não representa tratamento diferenciado às ONGs, uma vez que é uma condição imposta a todos os participantes da reunião (art. 53).

Os artigos 48 a 68 do Regimento Interno em análise tratam do direcionamento dos debates nas sessões da Assembleia e, segundo tais regras, somente participam dos debates, podendo levantar ponto de ordem e ter direito a réplica, os delegados e os representantes dos membros associados, ou seja, somente os Estados-membros e os territórios e grupos de territórios não responsáveis por suas relações internacionais podem argumentar e responder aos argumentos apresentados e solicitar a suspensão ou o encerramento dos debates (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d). Os demais participantes, nos quais incluídos os atores não estatais, deverão respeitar a lista de oradores inscritos (artigo 58) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

No que diz respeito à participação nas sessões do Conselho Executivo, em conformidade com o art. 4 do Regimento Interno desse órgão, serão replicadas as regras constantes do Regimento Interno da Assembleia Mundial de Saúde:

Rule 4

[...]

Representatives of nongovernmental organizations in official relations with the Organization **may participate in the deliberations of the Board as is provided for participation in the Health Assembly in the “Principles governing relations between the World Health Organization and nongovernmental organizations”**. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d, p. 174, grifos nossos).

Retomando o que previsto no projeto de Marco, a participação dos atores não estatais, entretanto, é limitada a assuntos em que eles tenham interesses particulares e para os quais eles possam contribuir (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). Outro limite que foi expressamente incluído em todas as políticas específicas dispõe que os atores não estatais “não tomam parte em nenhum processo de tomada de decisão da Organização”. Como exemplo dessas disposições, elencamos aquelas concernentes às organizações não governamentais:

3. WHO can invite NGOs to participate in consultations, hearings or other meetings in accordance with paragraph 16 of the Overarching Framework. Consultations and hearings can be electronic or in person.
4. Participation in other meetings is on the basis of discussion of an item in which the nongovernmental organization has a particular interest and where its participation adds value to the deliberations of the meeting. Such participation is for the exchange of information and views, but never for the formulation of advice.

4bis. The nature of participation of nongovernmental organizations depends on the type of meeting concerned. The format, modalities, and the participation of nongovernmental organizations in consultations, hearings, and other meetings is decided on a case-by-case basis by the WHO governing bodies or by the Secretariat. Participation and inputs received from nongovernmental organizations shall be made publicly available, wherever possible. **Nongovernmental organizations do not take part in any decision making process of the Organization.** (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 27, grifos nossos).

6.3.2 Participação nas relações oficiais

No que diz respeito às relações oficiais no projeto, as prerrogativas delas decorrentes, de acordo com o art. 53, são:

- 1) a possibilidade de indicar um representante para participar, sem direito de voto, dos encontros dos órgãos de governo da OMS;
- 2) a possibilidade de fazer uma manifestação a convite da presidência do encontro ou quando a presidência deferir uma requisição do ator não estatal nesse sentido;
- 3) a possibilidade de submeter essa manifestação antecipadamente ao Secretariado para que ela seja disponibilizada no sítio eletrônico referente ao encontro.

6.3.3 Participação na acreditação

Outra possibilidade de colaboração presente nesse projeto é a política de acreditação, segundo o art. 64bis. A acreditação foi proposta para permitir a participação de organizações não governamentais na Assembleia Mundial da Saúde, no Conselho Executivo e em seus comitês e conferências, simplificando as exigências para tanto. Contudo, não há, no projeto, maiores informações sobre quais os direitos de participação seriam conferidos às ONGs acreditadas.

Comparando o regime de participação em vigor com essas três possibilidades de participação conferidas pelo projeto de Marco de colaboração com os atores não estatais, embora mantido que os atores não estatais não terão direito de voto e que é necessária a aquiescência da presidência do encontro para que aconteça uma intervenção do ator, percebe-se que se concede maior abertura para a manifestação dos atores com relações oficiais, uma vez que foi retirada a necessidade de submissão prévia dos discursos à presidência dos encontros.

6.4 O Marco de colaboração com os atores não estatais de 2015 permite a participação democrática?

Embora o projeto de Marco em análise abra espaço para outros atores além das organizações não governamentais e retire a necessidade de submissão prévia de discursos, ampliando a possibilidade de que os atores não estatais possam manifestar-se nas reuniões dos órgãos de governo da Organização Mundial da Saúde, isso não significa dizer que há a participação democrática desses atores.

Considerando o conceito de democracia sanitária apresentado, o direito à saúde demanda a existência de instituições e de procedimentos que permitam que os destinatários das normas exponham seus interesses no momento da produção normativa, de forma a influenciar sua elaboração. A partir dessa perspectiva, não se verifica, no projeto, proposta no sentido de permitir a participação dos atores não estatais em debates visando à construção de consensos para a elaboração de normas.

A manifestação que se permite pelas disposições do Marco e dos regimentos internos dos órgãos de governo da OMS não perfaz a exigência de discursividade do modelo procedimental de democracia estudado, que demanda que os indivíduos possam não somente manifestar seus argumentos, mas ouvir e reagir aos argumentos dos outros participantes (HABERMAS, 1995).

Os discursos realizados pelos atores não estatais teriam tempo limitado, tal como acontece atualmente com as ONGs com relações oficiais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a), e a única possibilidade de resposta a um argumento derivaria de requisição do presidente da sessão, mas não de reação do ator não estatal.

No que toca às formas de participação dos atores não Estatais nos tipos de eventos organizados pela OMS, aparentemente, somente haveria possibilidade de interação entre os participantes nas consultas, em virtude da previsão do art. 16(b) de que esse tipo de evento tenha o objetivo de promoção de troca de opiniões:

Art. 16 (b) Consultations. This type includes any physical or virtual meeting, other than governing body sessions, organized **for the purpose of exchanging information and views**. Inputs received from non-State actors shall be made publicly available, wherever possible. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p.9, grifos nossos).

A título de comparação, a descrição do tipo audiência dispõe que os participantes não podem debater:

Art. 16(c) Hearings. These are meetings in which the participants can present their evidence, views and positions and be questioned about them **but do not enter into a debate**. Hearings can be electronic or in person. All interested entities should be invited on the same basis. The participants and positions presented during hearings shall be documented and shall be made publicly available, wherever possible. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p.9, grifos nossos).

A possibilidade de realização de trocas de opiniões e experiências nas consultas significa uma maior abertura à escuta dos interesses dos atores não Estatais, o que pode ensejar o mesmo tipo de contribuição positiva desses atores que foi conseguido durante as negociações da Convenção Quadro para Controle do Tabaco, nas quais a OMS permitiu a participação ampliada das organizações não governamentais nas discussões (YOUDE, 2012; WIPFLI, 2015). Embora excluídos das negociações formais, as organizações não governamentais conseguiram influenciar o resultado final da negociação da Convenção (YOUDE, 2012; WIPFLI, 2015).

Contudo, essa ocasião deixou claro que não há abertura para incorporação desses atores nos processos formais da OMS (YOUDE, 2012). E essa parece ser a mesma tônica da reforma da participação dos atores não Estatais, não havendo sinalização no sentido de inclusão desses atores nos processos decisórios da OMS.

Outrossim, os atores não estatais, por não terem direito de voto, ficam, expressamente, excluídos das decisões acerca da elaboração normativa pela Organização Mundial da Saúde, uma vez que, segundo o artigo 19 de sua Constituição e o art. 60 do Regimento Interno da Assembleia Mundial da Saúde, a aprovação de assuntos importantes depende de voto favorável de dois terços dos membros da Assembleia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d).

Leroux (2009) havia afirmado que a participação das organizações não governamentais no trabalho normativo da Organização Mundial da Saúde limita-se à possibilidade de nomeação de um representante para as reuniões do órgão de governo (LEROUX, 2009). Exceto, pois, a possibilidade de manifestação sem submissão prévia de discurso, o projeto analisado não traz muitas alterações ao regime de participação em

relações oficiais atualmente em vigor, de forma que esse diagnóstico de Leroux permaneceria, caso aprovado o projeto em estudo, substancialmente imutável.

A organização das sessões das reuniões na Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo, nos quais os delegados dos Estados-membros e Estados associados possuem poder de conduzir as discussões - tanto apontando um ponto para esclarecimento como demandando seu encerramento quando entendem que houve informações suficientes (art. 56 e art. 59 *et seq.* do Regimento Interno da Assembleia Mundial da Saúde) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014d) -, não assegura que os atores não estatais possuam igualdade de oportunidades de participação para formular seus interesses, tal como demandando por Dahl (2005).

Outra questão criticável consiste em que as manifestações que os atores não estatais estariam autorizados a realizar, caso sigam a mesma lógica do que acontece atualmente, são reservadas para os momentos finais das reuniões, quando “os Estados-membros já completaram suas discussões e debates” (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2013, p. 53). Se as opiniões já foram formadas, não há, assim, construção de uma vontade a partir do diálogo entre os participantes, não há processo democrático com direitos de contestação e de participação para todos os envolvidos e tampouco se assegura o reconhecimento dos interesses e opiniões desses atores na formação da vontade política que ensejará as normas. Além disso, não há a responsividade dos delegados com relação aos atores não estatais nem a possibilidade de controle, por esses atores, das decisões tomadas.

Ademais, o carácter intergovernamental do processo decisório da Organização Mundial da Saúde foi erigido como um dos parâmetros que não devem ser alterados pela reforma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014c). Consequentemente, o esboço de projeto apresentado claramente exclui a participação dos atores não estatais em qualquer dos processos decisórios da OMS e, nesse sentido, não há como esses autores gozarem de autonomia.

Dentre as propostas apresentadas no curso da reforma, a ideia de criação do Fórum Mundial da Saúde é aquela que mais se aproximaria da criação de processos democráticos de formação da vontade, com a participação da sociedade civil internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011p). Esse fórum, mesmo mantendo o carácter intergovernamental dos processos decisórios da OMS, oportunizaria o debate, com a

interação dos participantes, e preveria o encaminhamento do consenso formado em suas reuniões para conhecimento dos delegados dos Estados que, por sua vez, poderiam levar essas informações em consideração quando de suas decisões nos órgãos de governo. O Fórum Mundial de Saúde, portanto, possibilitaria que os participantes expressassem seus interesses, reagissem aos interesses dos demais e, com base nesse debate, formassem uma vontade com a qual todos concordassem. Dessa forma, ele constituiria um espaço público para as interações comunicativas que dariam ensejo à formação da vontade política.

Porém, é preciso destacar que essa proposta encontrou objeções entre ONGs que temiam que esse espaço pudesse ser dominado pelos interesses do setor privado em detrimento da saúde pública (INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK, 2011).

A partir da perspectiva do marco teórico adotado neste trabalho, portanto, podemos afirmar que a reforma na participação tal como proposta atualmente não importará a ampliação da participação dos atores não estatais na produção das normas do direito internacional da saúde. Não haveria, dessa maneira, criação de procedimentos de participação democrática de todos os atores interessados na saúde pública global.

A capacidade dos atores não Estatais de influenciarem a produção normativa da OMS, ao que parece, continuará acontecendo no cenário informal, fora das reuniões dos órgãos de governo, tal como bem exemplificado durante as negociações da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (YOUDE, 2012; WIPFLI, 2015).

O período da [Assembleia Mundial da Saúde] todo mês de maio em Genebra se tornou um dos nós centrais para a [Governança Global em Saúde], independentemente do que está sendo discutido na agenda formal da assembleia. A diplomacia polilateral é conduzida: acontecem encontros formais e informais, acordos são alcançados, negócios são atingidos, ONGs exercem influência, o setor privado faz lobby, são organizadas recepções – em resumo, os atores da saúde global participam da Assembleia nesse período, mesmo se não forem membros dela. (HEIN, 2013, p. 69, tradução nossa)⁴⁴.

⁴⁴The period of the WHA every May in Geneva has become one of the central nodes for GHG, quite independent from what is being discussed in the formal agenda of the assembly. Polyilateral diplomacy is conducted: formal and informal meetings take place, agreements are reached, deals are struck, NGOs exert influence, the private sector lobbies, receptions are organized – in short key global health players participate in the Assembly in this period, even if they are not members of the WHA.

Visto que a reforma não promove a ampliação da participação dos atores não Estatais, faz sentido a preocupação expressada por críticos do processo da reforma de que sua intenção não é a de modificação das regras de participação, mas somente a de aproximação com novas fontes de recursos (RICHTER, 2012; GUPTA; LHOTSKÁ, 2015).

Porém, cabe levantar que esse afastamento dos atores não estatais dos processos decisórios pode ser, também, uma resposta ao receio de que uma ampliação dos atores participantes dos processos decisórios, tal como acontece nas parcerias público-privadas como é o caso do GAVI Alliance, tenha como resultado a definição dos parâmetros da saúde pública pelo setor privado (RICHTER, 2012).

No debate sobre a reforma da OMS, pode ser útil lembrar alguns princípios de democracia. *Democracia* é um termo cunhado na Grécia Antiga e que se refere ao governo do povo para o povo. *Plutocracia* é o governo pelo dinheiro; é o que as agências das Nações Unidas e seus Estados-membros devem evitar de promover.

Tentar impedir o governo pelo dinheiro sempre foi difícil. Mais de 2000 anos atrás, o filósofo grego Aristóteles advogava uma separação clara da praça pública e do mercado para assegurar uma troca de ideias livre e despoluída. (RICHTER, 2012, p. 145, tradução nossa)⁴⁵.

Essa desconfiança de que a abertura ao setor privado pudesse comprometer os propósitos do trabalho da OMS, aliás, foi uma das razões pelas quais, no processo de reforma, houve atrasos na discussão do Marco para colaboração com os atores não estatais, e a resistência vinha, em sua maioria, de países em desenvolvimento, enquanto países desenvolvidos, notadamente Reino Unido, França e Estados Unidos advogavam pela adoção de maior aproximação com o setor privado (THE THIRD WORLD NETWORK, 2015a).

⁴⁵In the debate around a reform of WHO, it may be useful to remember a few tenets of democracy. *Democracy* is a term coined in ancient Greece and refers to rule by the people for the people. *Plutocracy* is rule by money; it is what UN agencies and their member states should refrain from fostering.

Trying to prevent money from ruling has always been difficult. More than 2000 years ago, the Greek philosopher Aristotle advocated a clear separation of the public square from the market to ensure a free and unpolluted exchange of ideas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo o modelo procedimental de democracia de Jürgen Habermas, a legitimidade de uma norma depende de que sejam realizados processos deliberativos dos quais possam participar todos aqueles que possam ser atingidos pela norma. Nesses debates, as decisões devem ser tomadas por meio do convencimento, sendo que, para esse fim, os participantes devem poder, em igualdade de condições, apresentar seus argumentos e reagir aos argumentos apresentados pelos demais. O resultado final deve ser que, por meio dessa construção de um entendimento comum, todos devam sentir-se legisladores das normas.

A formação da vontade política, em adição, deve ser constantemente submetida à confirmação por meio de novos debates públicos, de forma que o governo instituído possa, ao conhecê-la, ser responsivo aos interesses de seus representados. Os processos de decisão, portanto, devem ser abertos à participação de todos os interessados, de forma que, expressando seus interesses e confrontando os interesses dos demais, eles possam controlar o exercício do poder político.

Esses são os fundamentos que estruturam o conceito de democracia sanitária, que, tendo em vista o caráter sensível do direito à saúde, exige que os indivíduos possam exercer sua autonomia, expressando seus interesses e participando dos processos deliberativos que conduzirão à elaboração das normas de direito à saúde.

A partir dessas noções, procuramos, no presente trabalho, verificar se existem na OMS instituições e processos deliberativos que oportunizem a participação democrática da sociedade civil internacional.

A OMS foi criada para exercer a vocação de ser a grande autoridade mundial na direção e coordenação dos trabalhos na área da saúde. Contudo, desde a década de 90, quando a organização passou por uma grave crise de credibilidade, sua capacidade de exercício desse papel estava comprometida, sobretudo no que concerne à disponibilidade orçamentária. A OMS estava perdendo espaço e prestígio para outras entidades atuantes na saúde global, as quais possuem capacidade de resposta rápida, e mesmo de financiamento, para as atividades no campo da saúde global.

Outro fator que contribui para o deslocamento da OMS da posição de direção da governança global consiste em que, não obstante seja considerada democrática por garantir igualdade de participação e de voto a todos os Estados-membros, não há muita abertura para a inclusão da sociedade civil internacional nos processos decisórios da organização. A colaboração da OMS com as organizações não governamentais – principais representantes dessa sociedade civil internacional – tem grande relevância no que tange à execução de suas políticas, mas nem tanto no que se refere a sua formulação.

Em 2010, um diálogo sobre o financiamento da OMS acabou ensejando o início de um processo amplo de reformas, dos quais um dos objetivos era o de restaurar o papel de direção da organização na governança global da saúde. Com esse intuito, identificou-se a necessidade de melhoria das relações da OMS com os novos atores da governança global da saúde e, carecendo a organização de um instrumento de regulamentação das relações com esses atores, a proposta de elaboração de um Marco de colaboração com os atores não estatais (organizações não governamentais, entidades do setor privado, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas) foi incluída como um dos processos de trabalho da reforma.

Com o objetivo de avaliar se a reforma promoverá a democracia sanitária, analisamos o Marco de colaboração com os atores não estatais submetido à 68ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2015.

A conclusão dessa análise é a de que os atores não estatais seriam excluídos dos processos normativos tradicionais da OMS. Da mesma maneira, não se propôs a criação de instâncias de debates públicos por meio das quais a sociedade civil internacional pudesse fazer confirmar seus interesses de forma a orientar as decisões políticas da Organização. Nesse aspecto, não haveria oportunidade para que a sociedade civil internacional pudesse exercer sua autonomia, uma vez que seria limitada sua participação na elaboração das normas. Destarte, caso aprovado um Marco de colaboração com os atores não estatais que se assemelhe às regras constantes do Marco de Colaboração apresentado em 2015, não haveria a promoção da democracia sanitária na Organização Mundial da Saúde.

Porém, cabe reconhecer que esse projeto criaria novas instâncias em que a sociedade civil internacional poderia manifestar-se e exercer seu poder de influência, em que pese não se referirem à produção normativa tradicional.

Uma dessas novas instâncias consiste na política de acreditação que, caso aprovada, simplificaria os procedimentos necessários para que as organizações não governamentais possam assistir às reuniões dos órgãos de governo da OMS. Nessa mesma orientação, a diferenciação das regras de colaboração daquelas de relações oficiais pode promover a participação de atores não estatais que, de outra forma, não estariam interessados em estabelecimento de relações oficiais. O mesmo pode ser dito acerca da previsão de outros tipos de participação que não somente nos órgãos de governo.

Assim, apesar de o Marco de colaboração com os atores não estatais não promover a democracia sanitária, no sentido delimitado pelo marco teórico deste trabalho, ele abre novas possibilidades para que os atores não estatais possam tentar influenciar as decisões tomadas nos eventos da Organização Mundial da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Direito à saúde e democracia sanitária**: soberania popular e participação nas decisões estatais de saúde. Tese de Livre-docência. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015. Mimeografado.
- ALLEYNE, George A.O. A saúde pública internacional e global. **Ethos Gubernamental**. 2006-2007. Disponível em: http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/biogeografia_saude_publica/saude_publica_internacional.pdf. Acesso em: 16 de outubro de 2013.
- ARNAUD, André-Jean. **La gouvernance**: un outil de participation. Issy-les-Moulineaux: LGDJ, 2014.
- AVRITZER, Leonardo. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, n. 49, p. 26-46, 2000.
- BARMANIA, Sima; LISTER, Graham. Civil society organizations, global health governance and public diplomacy. In KICKBUSCH, Ilona et al (ed.). **Global Health Diplomacy**: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer, 2013, p. 253-267.
- BEIGBEDER, Yves. La stratégie de la Santé pour tous selon l'O.M.S. **Revue Générale de Droit Médical**, n. 1, p. 129-141, 1998.
- BÉLANGER, Michel. **Éléments de doctrine en droit international de la Santé**: Écrits 1981-2011. Bordeaux: Les Études Hospitalières, 2012.
- BÉLANGER, Michel. **Introduction à un droit mondial de la santé**. Paris, Éditions des archives contemporaines, 2009.
- BÉLANGER, Michel. **Le droit international de la Santé**. Que sais-je? Paris: Presses Universitaires de France, 1997.
- BÉLANGER, Michel. Réflexions sur la réalité du droit international de la santé. **Revue Québécoise de Droit International**, p. 19-62, 1985.
- BERTHET, Étienne. L'Organisation Mondiale de la Santé. **Études**, Paris, p. 53-68, avril 1962.
- BLOOM, Barry R. WHO needs change. **Nature**, v. 473, p. 143-145, 12 May 2011.
- BROWN, Phyllida. Reform at WHO is too slow, say critics. **British Medical Journal**, v. 318, p. 1231, 8 May 1999.
- BRUEN, Carlos; BRUGHA, Ruairí. A ghost in the machine? Politics in global health policy. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 3, n. 1, p. 1-4, 2014.
- BULL, Hedley. **A sociedade anárquica**: um estudo da ordem na política mundial. Trad. Sérgio Bath. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2002.

BURCI, Gian Luca; VIGNES, Claude-Henri. **World Health Organization**. The Hague: Kluwer Law International, 2004.

CAMARGO, Sonia de. Governança global: utopia, desafio ou armadilha? In: **Governança Global: Reorganização da política em todos os níveis de ação**. Série Pesquisas. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1999. p. 3-14.

CASSELLS, A.; SMITH, I.; BURCI, G.L. Reforming WHO: the art of the possible. **Public Health**, v. XXX, p. 1-3, 2013.

CHISHOLM, Brock. The World Health Organization: Introduction. **International Conciliation**, v. 26, p. 111-115, 1948.

CLARK, Ann Marie; FRIEDMAN, Elisabeth J.; HOCHSTETLER, Kathryn. The Sovereign Limits of Global Civil Society: A Comparison of NGO Participation in UN World Conferences on the Environment, Human Rights, and Women. **World Politics**, v. 51, n. 1, p. 1-35, Oct., 1998.

CLIFT, Charles. **The Role of the World Health Organization in the International System**. Working Group on Governance, Paper 1. London: The Royal Institute of International Affairs, 2013.

CLIFT, Charles. **What's the World Health Organization For?** Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance. London: The Royal Institute of International Affairs, 2014.

COHEN, Joshua. Reflections on Habermas on Democracy. **Ratio Juris**, v. 12, n. 4, p. 385-416, December 1999.

COLEMAN, William D; WAYLAND, Sarah. The origins of global civil society and nonterritorial governance: some empirical reflections. **Global Governance**, n.12, p. 241-261, 2006.

COLLIN, Jeff; LEE, Kelley; BISSEL, Karen. The framework convention on tobacco control: the politics of global health governance. **Third World Quarterly**, v. 23, n. 2, p. 265-282, 2002.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. Civil Society Report: First Draft. June, 2007. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiWob_uq97JAhUKaRQKHTYrDFUQFggkMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fsocial_determinants%2Fresources%2Fcs_rep_2_7.pdf&usg=AFQjCNGWZdTQa6KAtLOahPSR_zpm3kTrvA&sig2=oRbiDbsGXAhSMS5Okg69Fg&cad=rja>. Acesso em 15 de dezembro de 2015.

CROUZATIER, Jean Marie. **Droit international de la santé**. Paris: Éditions des archives contemporaines, 2009.

CUETO, Marcos. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, November 2004.

DAHL, Robert A. Can international organizations be democratic? A skeptic's view. In SHAPIRO, Ian; HACKER-CORDON, Casiano (ed.). **Democracy's edges**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. p. 19-36.

DAHL, Robert A. **A democracia e seus críticos**. Trad. Patrícia de Freitas Ribeiro. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

DAHL, Robert A. **Poliarquia**: participação e oposição. Trad. Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 2 ed. atual. São Paulo: Editora Saraiva, 1998.

DANY, Charlotte. **Global governance and NGO participation**: shaping the information society in the United Nations. New York: Routledge, 2013.

DEMOCRATISING GLOBAL HEALTH COALITION ON THE WHO REFORM.

Analysis of "WHO Reforms for a health future: Report by the Director General"

(EBSS/2/2). October 2011. Disponível em:

<<http://www.medicusmundi.org/en/topics/pnfp-sector-and-global-health-initiatives/thematic-guide/2011-10-31-dgh-analysis-of-who-reform-paper.pdf>>. Acesso em 17 de dezembro de 2015.

DINGWERTH, Klaus; PATTBERG, Philipp. Global governance as a perspective on world politics. **Global Governance**, n. 12, p. 185-203, 2006.

DODGSON, Richard; LEE, Kelley; DRAGER, Nick. **Global Health Governance**: a conceptual review. Discussion Paper nº 1. London: Centre on Global Change & Health/World Health Organization, 2002.

DRYZEK, John S. Transnational democracy. **The Journal of Political Philosophy**, v. 7, n.1, p. 30-51, 1999.

DUPARC, Agathe. L'Organisation mondiale de la santé, une agence de plus en plus privée. **Le Monde**, 18 de maio de 2011. Disponível em:

<http://www.lemonde.fr/planete/article/2011/05/18/l-organisation-mondiale-de-la-sante-une-agence-de-plus-en-plus-privee_1523794_3244.html>. Acesso em 15 de dezembro de 2015.

ESTEVEZ, Jorge Vergara. La concepción de democracia participativa de Habermas. **Revista Ciencia Política**, v. XX, n. 1, p. 208-219, 1999.

FARIA, Claudia Feres. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. **Lua Nova**, v. 49, p. 47-68, 2000.

FIDLER, David P. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. **Chinese Journal of International Law**, v. 4, n. 2, p. 325-392, 2005.

FIDLER, David P. **Global health governance**: Overview of the role of international law in protecting and promoting global public health. Discussion Paper n. 3. London/Geneva: London School of Hygiene & Tropical Medicine / World Health Organization, May 2002.

FIDLER, David P. International Law and Global Public Health. **Kansas Law Review**, v. 48, p. 1-58, 1999.

FIDLER, David P. The future of the World Health Organization: what role for international law? **Vanderbilt Journal of Transnational Law**, v. 31, n.5, p. 1079-1126, November, 1998.

FIDLER, David P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 9, p. 842-849, 2001.

FITZSIMONS, David W. World Health Organization. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**, v. 26, n. 3, p. 186-187, May-Jun. 2013.

FORMAN, Shepard; SEGAAR, Derk. New coalitions for global governance: the changing dynamics of multilateralism. **Global Governance**, n. 12, p. 205-225, 2006.

FOX, Gregory H. The right to political participation in international law. In: Gregory H. Fox; Brad R. Roth (ed.). **Democratic Governance and International Law**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000, p. 48-90.

GODLEE, Fiona. The regions: too much power, too little effect. **British Medical Journal**, v. 309, p. 1566-1570, 10 December 1994c.

GODLEE, Fiona. WHO at the country level: a little impact, no strategy. **British Medical Journal**, v. 309, p. 1636-1639, 17 December 1994d.

GODLEE, Fiona. WHO fellowships: what do they achieve? **British Medical Journal**, v. 310, p. 110-112, 14 January 1995a.

GODLEE, Fiona. WHO in crisis. **British Medical Journal**, v. 309, p. 1424-1428, 26 November 1994a.

GODLEE, Fiona. WHO in Europe: does it have a role? **British Medical Journal**, v. 310, p. 389-393, 11 February 1995c.

GODLEE, Fiona. WHO in retreat: is it losing its influence? **British Medical Journal**, v. 309, p. 1491-1495, 3 December 1994b.

GODLEE, Fiona. WHO reform and global health: Radical restructuring is the only way ahead. **British Medical Journal**, v. 314, p. 1359-1360, 10 May 1997.

GODLEE, Fiona. WHO's special programmes: undermining form above. **British Medical Journal**, v. 310, p. 178-182, 21 January 1995b.

GOSTIN, Lawrence O. **Global Health Law**. Cambridge: Harvard University Press, 2014.

GOSTIN, Lawrence O.; MOK, Emily A. Grand challenges in global health governance. **British Medical Bulletin**, London, v. 90, p. 7-18, 2009.

GRAD, Frank P. The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 12, p. 981-982, 2002.

GROOM, A. J.; POWELL, Dominic. From world politics to global governance – a theme in need of a focus. In: GROOM, A. J.; LIGHT, Margot (ed.). **Contemporary international relations: a guide to theory**. London: Pinter, 1999. p. 81-90.

GUPTA, Arun; LHOTSKÁ, Lída. **A fox building a chicken coop?** World Health Organization reform: Health for All, or more corporate influence? December 2015. Disponível em: <<http://www.policyforum.net/a-fox-building-a-chicken-coop/#sthash.JHipYPLN.dpuf>>. Acesso em 18 de dezembro de 2015.

HABERMAS, Jurgen. **Direito e democracia**: entre faticidade e validade. v. I. 2 ed. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012.

HABERMAS, Jurgen. **Direito e democracia**: entre faticidade e validade. v. II. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2011.

HABERMAS. Jürgen. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova**, v. 36, p. 39-54, 1995.

HALL, John J.; TAYLOR, Richard. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. **The Medical Journal of Australia**, v. 178, p. 17-20, 6 January 2003.

HARMAN, Sophie. **Is time up for who?** Reform, resilience, and global health governance. Briefing 17. Future United Nations Development System, p. 1-4, May 2014.

HEIN, Wolfgang. The new dynamics of global health governance. In KICKBUSCH, Ilona et al (ed.). **Global Health Diplomacy**: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer, 2013, p. 55-72.

HELD, David. Democracy: from City-states to a cosmopolitan order? **Political Studies**, v. XL, Special Issue, p. 10-39, 1992.

HELD, David. The transformation of political community: rethinking democracy in the context of globalization. In SHAPIRO, Ian; HACKER-CORDON, Casiano (ed.). **Democracy's edges**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. p. 84-111.

HOFFMAN, Steve J.; RØTTINGEN, John-Arne. Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice. **Public Health**, v. XXX, p. 1-7, 2013.

INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK. **NGOs call on Member States to STOP the World Health Forum**: Press Release, 17th May 2011. Disponível em: <<http://info.babymilkaction.org/sites/info.babymilkaction.org/files/MSF%20DB%20PHM%20IBFAN%20PR.pdf>>. Acesso em 14 de junho de 2016.

INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK. **Opening the door to Business lobbying - what's wrong with the new WHO policy proposals**. 26 March 2014. Disponível em: <<http://info.babymilkaction.org/pressrelease/pressrelease26mar14>>. Acesso em 17 de dezembro de 2015.

INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK. **Statement on WHO Reform**: Over-arching framework for engagement with non State actors. *s.d.* Disponível em:

<<http://dev.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2014/05/Statement-WHA-Reform-A67-Final.pdf>>. Acesso em 17 de dezembro de 2015.

INTERNATIONAL FOOD AND BEVERAGE ALLIANCE. **Supplementary comments by the International Food & Beverage Alliance on the World Health Organization's engagement with non-state actors**. 25 October 2013. Disponível em: <http://www.who.int/about/who_reform/informal_consultations_WHO_nonstateactors_comments_IFBA_oct2013.pdf>. Acesso em 17 de dezembro de 2015.

JARDEL, Jean-Paul. La Naissance de l'O.M.S. **Revue Générale de Droit Médical**, n. 1, p. 77-85, 1998.

KICKBUSCH, Ilona et al. Global Health Diplomacy: an introduction. In KICKBUSCH, Ilona et al (ed.). **Global Health Diplomacy**: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer, 2013, p. 1-9.

KICKBUSCH, Ilona; HEIN, Wolfgang; SILBERSCHIMIDT, Gaudenz. Addressing Global Health Governance Challenges through a New Mechanism: The Proposal for a Committee C of the World Health Assembly. **Journal of law, medicine & ethics**, p. 550-563, Fall 2010.

KICKBUSCH, Ilona; IVANOVA, Margarita. The history and evolution of global health diplomacy. In KICKBUSCH, Ilona et al (ed.). **Global Health Diplomacy**: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer, 2013, p. 11-26.

KICKBUSCH, Ilona. Action on global health: addressing global health governance challenges. **Public Health**, v. 119, p. 969-973, 2005.

KOHLER-KOCH, Beate. Civil Society Participation: more democracy or pluralization of the European lobby? In: KOHLER-KOCH, Beate et al. **De-mystification of participatory democracy**: EU governance and civil society. Oxford: Oxford niversity Press, 2013. p. 173-191.

KYMLICKA, Will. Citinzenship in an era f globalization: commentary on Held. In SHAPIRO, Ian; HACKER-CORDON, Casiano (ed.). **Democracy's edges**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.p. 112-126.

LEE, K.; PANG, T. WHO: retirement or reinvention? **Public Health**, v. XXX, p. 1-5, 2013.

LEE, Kelley; CHAGAS, Luiz Carlos; NOVOTNY, Thomas E. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global Health Diplomacy as Soft Power. **PLoS Medicine**, v. 7, n. 4, p. 1-5, April 2010.

LEE, Kelley; FANG, Jennifer. **Historical dictionary of the World Health Organization**. 2 ed. Lanham: The Scarecrow Press, Inc., 2013.

LEE, Kelley. **The World Health Organizations (WHO)**. New York: Routledge, 2009.

LEGGE, David. Future of WHO hangs in the balance. **British Medical Journal**, v. 345, p. 1-4, 25 October 2012.

LEMOYNE DE FORGES, Jean-Michel. Irremplaçable O.M.S.? **Revue Générale de Droit Médical**, n. 1, p. 179-185, 1998.

LEROUX, Nicolas. **La condition juridique des O.N.G. internationales**. Bruxelles: Éditions Yvon Blais, 2009.

LIMONGI, Fernando. Prefácio. In DAHL, Robert A. **Poliarquia**: participação e oposição. Trad. Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005, p. 11-22.

LIJPHART, Arend. **Modelos de democracia**: desempenho e padrões de governo em 36 países. Trad. Roberto Franco. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, cap. 2 e 3.

LISTER, Graham, LEE, Kelley. The process and practice of negotiation. In KICKBUSCH, Ilona et al (ed.). **Global Health Diplomacy**: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer, 2013, p. 73-87.

LITSIOS, Socrates. Primary Health Care, WHO and the NGO Community. **Development**, v. 47, n° 2, p. 57-63, 2004.

LORD, Janet E.; SUOZZI, David; TAYLOR, Allyn L. Lessons from the Experience of U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Addressing the Democratic Deficit in Global Health Governance. **Journal of law, medicine & ethics**, p. 564-579, Fall 2010.

MARKEL, H. Worldly approaches to global health: 1851 to the present. **Public Health**, v. XXX, p. 1-5, 2013.

MCCOY, David; CHAND, Sudeep; SRIDHAR, Devi. Global health funding: how much, where it comes from and where it goes. **Health Policy and Planning**, v. 24, p. 407-417, 2009.

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

MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL. **Statement by Medicus Mundi International to the 67th session of the World Health Assembly on agenda item 11.3, Non State Actors to be delivered by David Legge**. 20 May 2014. Disponível em: <<https://apps.who.int/ngostatements/content/113-medicus-mundi-international>>. Acesso em 17 de dezembro de 2015.

MELLO, Celso D. De Albuquerque. **Curso de Direito Internacional Público**. 13 ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

MELO, Elza Machado de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 167-178, 2005.

MEYER, Emilio Peluso Neder. **A decisão no controle de constitucionalidade**. São Paulo: Método, 2008.

MISSONI, Eduardo. WHO Reform: threats and opportunities - A Healthier Political Functioning. **Bulletin de Medicus Mundi Suisse**, n. 122, p. 1-9, décembre 2011.

MORAVCSIK, Andrew. Is there a 'democratic deficit' in World politics? A framework for analysis. **Government and opposition**, p. 336-363, 2004.

NAGARAJAN, Rema. How food, beverage giants influence WHO rules. **The times of India**. 22 May 2015. Disponível em: <<http://timesofindia.indiatimes.com/india/How-food-beverage-giants-influence-WHO-rules/articleshow/47378845.cms>>. Acesso em 18 de dezembro de 2015.

NORRIS, Pippa. **Global governance & cosmopolitan citizens**. Jan. 13, 2000, p. 1-27. Disponível em: <<http://ksghome.harvard.edu/~pnorris/acrobat/global.pdf>>. Acesso em: 26 Janeiro 2008.

NOSSA COMUNIDADE GLOBAL. O Relatório da Comissão sobre Governança Global. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta das Nações Unidas e Estatuto da Corte Internacional de Justiça**. 1945.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Examen de la interacción entre la OMS y las organizaciones de la sociedad civil y no gubernamentales**. WHO/CSI/2002/WP6. Geneva: WHO, 2002a.

PAS, R. van de; SCHAİK, L.G. van. Democratizing the World Health Organization. **Public Health**, v. XXX, p. 1-7, 2013.

POGREBINSCHI, Thamy; SANTOS, Fabiano. Participação como representação: o impacto das conferências nacionais de políticas públicas no Congresso Nacional. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 54, n. 3, p. 259-305, 2011.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Orientações para elaboração de trabalhos científicos**: projeto de pesquisa, teses, dissertações, monografias e trabalhos acadêmicos, conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a American Psychological Association (APA) e o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (VANCOUVER). Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <www.pucminas.br/biblioteca>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

PRICEWATERHOUSECOOPERS. **WHO Reform: Stage 2 Evaluation - Final Report**. 18 November 2013. Geneva: PricewaterhouseCoopers, 2013.

REESE-SCHÄFER, Walter. **Compreender Habermas**. Trad. Vilmar Schneider. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

REGANATHAN, Elil. The World Health Organization as a key venue for global health diplomacy. In KICKBUSCH, Ilona et al (ed.). **Global Health Diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases**. New York: Springer, 2013, p. 173-185.

- REGH, William; BOHMAN, James. Discourse and Democracy: The Formal and Informal Bases of Legitimacy in Habermas' Faktizitat und Geltung. **The Journal of Political Philosophy**, v. 4, n. 1, p. 79-99, 1996.
- REID, Michael A.; PEARSE, Jim. Whither the World Health Organization? **The Medical Journal of Australia**, v. 178, p. 9-12, 6 January 2003.
- RICHTER, Judith. Time to turn the tide: WHO's engagement with non-state actors and the politics of stakeholder governance and conflicts of interesy. **British Medical Journal**, v. 348, 19 May 2014.
- RICHTER, Judith. WHO Reform and Public Interest Safeguards: An Historical Perspective. **Social Medicine**, v. 6, n. 3, p. 141-150, March 2012.
- ROSENAU, James N. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: ROSENAU, James N; CZEMPIEL, Ernst-Otto (org.). **Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial**. Trad. Sérgio Bath. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. p. 11-46.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social e outros escritos**. Trad. Rolando Roque da Silva. São Paulo: Editora Cultrix, 1965.
- SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. **Eurozine**, 2003. Disponível em: <<http://www.eurozine.com/pdf/2003-11-03-santos-pt.pdf>>. Acesso em 03 de julho de 2014.
- SHARP, Walter R. The New World Health Organization. **The American Journal of International Law**, v. 41, p. 509-530, 1947.
- SHAW, Malcolm N. **Direito Internacional**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla, Lenita Ananias do Nascimento, Antônio de Oliveira Sette-Câmara. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- SILBERSCHMIDT, Gaudenz; MATHESON, Don; KICKBUSCH, Ilona. Creating a committee C of the World Health Assembly. **The Lancet**, v. 371, 483-1486, May 3, 2008.
- SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 21 ed. São Paulo: Malheiros, 2003.
- SMITH, Richard. The WHO: change or die. **British Medical Journal**, v. 310, p.543- 544, 4 March 1995.
- SOARES, Guido F. S. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. **Revista de Direito Sanitário**, v. 1, n. 1, p. 49-87, nov. 2000.
- SOLOMON, Steven A. Instruments of global health governance at the World Health Organization. In KICKBUSCH, Ilona et al (ed.). **Global Health Diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases**. New York: Springer, 2013, p. 187-198.
- SRIDHAR, Devi et al. Global rules for global health: why we need an independent, impartial WHO. **British Medical Journal**, v. 348, p. 1-3, 18 June 2014.

SRIDHAR, Devi; GOSTIN, Lawrence O. Reforming the World Health Organization. **Journal of the American Medical Association**, p. E1-E2, 29 March, 2011.

STICHTING HEALTH ACTION INTERNATIONAL. **Intervention: Stichting Health Action International**. 19 May 2014. Disponível em: <<https://apps.who.int/ngostatements/content/113-stichting-health-action-international>>. Acesso em 17 de dezembro de 2015.

TAYLOR, Allyn. Global governance, international health law and WHO: looking towards the future. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 12, p. 975-980, 2002.

TAYLOR, Allyn. Global Health law. In KICKBUSCH, Ilona et al (ed.). **Global Health Diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases**. New York: Springer, 2013, p. 37-54

TAYLOR, Allyn. Governing the globalization of public health. **Journal of Law, Medicine and Ethics**, p. 500-508, Fall 2004.

THE THIRD WORLD NETWORK. **Reform and WHO: The continuing saga of FENSA**. July 2015a. Disponível em: <<http://www.twn.my/title2/resurgence/2015/298-299/cover03.htm>>. Acesso em 18 de dezembro de 2015.

THE THIRD WORLD NETWORK. WHO: Civil society protest over undermining of current negotiation on FENSA. **TWN Info Service on Health Issues**, 27 October 2015b. Disponível em: <<http://www.twn.my/title2/health.info/2015/hi151017.htm>>. Acesso em 18 de dezembro de 2015.

THE THIRD WORLD NETWORK. WHO: No consensus on draft policy on non-state actors. **TWN Info Service on Health Issues**, 3 April 2014. Disponível em: <<http://www.twn.my/title2/health.info/2014/hi140401.htm>>. Acesso em 18 de dezembro de 2015.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2011.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A(H1N1)**. São Paulo: Outras expressões; Dobra editorial, 2013.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Uma visão internacional do direito à saúde. In: COSTA, Alexandre Bernadino et al. (org.). **O Direito achado na rua**. v. 4. Brasília: CEAD/UNB, 2009. p. 77- 88.

VILLA, Rafael Duarte. Formas de influência das ONGs na política internacional contemporânea. **Revista de Sociologia e Política**, n.12, p. 21-33, Junho 1999.

WALT, Gill. WHO under stress: Implications for health policy. **Health Policy**, v. 24, p. 125-144, 1993.

WILLIAMS, Glen. WHO: reaching out to all. **World Health Forum**, v. 9, p. 185-199, 1988.

WIPFLI, Heather. **The global war on tobacco**: mapping the world's first public health treaty. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A51/DIV/6**: Speech to the Fifty-first World Health Assembly, 13 May 1998. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A63/3**. Address by Dr Margaret Chan, Director-General to the Sixty-third World Health Assembly. World Health Assembly 63rd session, 18 May 2010. Geneva: WHO, 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A64/3**. Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-fourth World Health Assembly. World Health Assembly 64th session, 16 May 2011. Geneva: WHO, 2011a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A64/4**. The future of financing for WHO. World Health Organization: reforms for a healthy future. Report by the Director-General. World Health Assembly 64th session, 5 May 2011. Geneva: WHO, 2011f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A65/5 Add.2**. WHO reform - Independent evaluation report: stage one. World Health Assembly, 65th session, 18 May 2012. Geneva: WHO, 2012a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A65/DIV/3**: Decisions and list of resolutions. World Health Assembly, 65th session, 5 June 2012. Geneva: WHO, 2012b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A65/5**. WHO reform: Consolidated report by the Director-General. Geneva: WHO, 2012c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A67/6**: Framework of engagement with non-State actors – Report by the Secretariat. World Health Assembly, 67th session, 5 May 2014. Geneva: WHO, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A67/DIV/3**: Decisions and list of resolutions. World Health Assembly, 67th session, 24 May 2014. Geneva: WHO, 2014b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A68.9**: Framework of engagement with non-State actors. World Health Assembly 68th session, 26 May 2015. Geneva: WHO, 2015a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A68/4**: WHO reform: overview of reform implementation - Report by the Director-General. World Health Assembly, 68th session, 8 May 2015. Geneva: WHO, 2015b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A68/A/CONF.3 Rev.1**: Framework of engagement with non-State actors – Draft resolution submitted by Argentina as Chair of the Open-Ended Intergovernmental Meeting and the Informal consultations on the draft framework of engagement with non-State actors. World Health Assembly 68th session, 26 May 2015. Geneva: WHO, 2015c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB1/45**: Method of work - Note by the Secretariat. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control First session, 5 September 2000. Geneva: WHO, 2000a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB1/5:** Participation of nongovernmental organizations in the Intergovernmental Negotiating Body. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control First session, 29 August 2000. Geneva: WHO, 2000b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB1/DIV/2 Rev.1:** List of participants. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control First session, 18 October 2000. Geneva: WHO, 2000c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB2/6 Add.1:** Participation of nongovernmental organizations. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Second session, 26 April 2001. Geneva: WHO, 2001a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB2/6:** Participation of nongovernmental organizations. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Second session, 9 April 2001. Geneva: WHO, 2001b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB2/DIV/2 Rev.2:** List of participants. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Second session, 5 Mai 2001. Geneva: WHO, 2001c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB3/DIV/2 Rev.1:** List of participants. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Third session, 25 November 2001. Geneva: WHO, 2001d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB3/INF.DOC./2:** Statements by nongovernmental organizations. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Third session, 13 December 2001. Geneva: WHO, 2001e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB4/DIV/2 Rev.1:** List of participants. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Fourth session, 21 March 2002. Geneva: WHO, 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB4/DIV/4:** Participation of nongovernmental organizations in official and provisional relations with WHO in the Intergovernmental Negotiating Body on the WHO framework convention on tobacco control. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Fourth session, 14 March 2001. Geneva: WHO, 2002c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB5/DIV/2 Rev.1:** List of participants. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Fifth session, 21 October 2002. Geneva: WHO, 2002d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A/FCTC/INB6/DIV/2 Rev.2:** List of participants. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control Sixth session, 26 February 2003. Geneva: WHO, 2003a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Analysis:** NGO participation in WHO Governing Bodies, 1998 to 2002. CSI Review Series. Geneva: WHO, 2002e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A study of WHO's Official Relations system with Nongovernmental Organizations prepared by Christophe Lanord.** CSI Review Series: CSI/2002/WP4. Geneva: WHO, 2002a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Background document to support discussion of WHO's engagement with non-State actors.** Informal consultation with Member States on WHO's engagement with non-State actors, 20 March 2014. Geneva: WHO, 2014c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents.** 48th edition. Geneva: WHO, 2014d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronicle of the World Health Organization:** Development and constitution of the W. H. O. Geneva: World Health Organization Interim Commission, 1947.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CSI/2001/DP1.** Discussion Paper N° 1: Strategic alliances: The role of civil society in health. Geneva: WHO, 2001f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CSI/2002/DP2.** Discussion Paper N° 2: Understanding Civil Society, Issues for WHO. Geneva: WHO, 2002f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CSI/2002/WP1:** Inventory of WHO/HQ Relationships with Nongovernmental Organizations. CSI Review Series. Geneva: WHO, 2002g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CSI/2003/BI2.** Annotated Bibliography on Civil Society and Health: Civil society-state interactions in national health systems. Geneva: WHO, 2003b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB3/25:** Relations with sectional organizations and international non-governmental organizations not mainly concerned with health. Executive Board 3rd session, 5 January 1949. Geneva: WHO, 1949.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB6/30:** First Report of the Standing Committee on Non-Governmental Organizations. Executive Board 6th session, 2 June 1950. Geneva: WHO, 1950.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB8/49:** Report on the standing committee on non-governmental organizations. Executive Board 7th Meeting, 6 June 1951. Geneva: WHO, 1951a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB8.R54:** Applications from Non-Governmental Organizations for Admission into Official Relations with the World Health Organization. Executive Board 7th Meeting, 6 June 1951. Geneva: WHO, 1951b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB107/DIV/1 Rev.1: List of members and other participants.** Executive Board 107th Session, 19 January 2001. Geneva: WHO, 2001g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB109/DIV/1/Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 109th Session, 18 January 2002. Geneva: WHO, 2002h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB110/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 110th Session, 20 May 2002. Geneva: WHO, 2002i.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB111/DIV/1/Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 111th Session, 24 January 2003. Geneva: WHO, 2003c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB112/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 112th Session, 29 May 2003. Geneva: WHO, 2003d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB113/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 113th Session, 22 January 2004. Geneva: WHO, 2004a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB114/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 114th Session, 26 May 2004. Geneva: WHO, 2004b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB115/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 115th Session, 22 January 2005. Geneva: WHO, 2005a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB116/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 116th Session, 27 May 2005. Geneva: WHO, 2005b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB117/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 117th Session, 27 January 2006. Geneva: WHO, 2006a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB118/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 118th Session, 31 May 2006. Geneva: WHO, 2006b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB119/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 119th Session, 6 November 2006. Geneva: WHO, 2006c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB120/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 120th Session, 25 January 2007. Geneva: WHO, 2007a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB121/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 121st Session, 24 May 2007. Geneva: WHO, 2007b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB122/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 122nd Session, 24 January 2008. Geneva: WHO, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB123/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 123rd Session, 26 May 2008. Geneva: WHO, 2008c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB124/DIV/1 Rev.2**: List of members and other participants. Executive Board 124th Session, 26 January 2009. Geneva: WHO, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB125/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 125th Session, 23 May 2009. Geneva: WHO, 2009b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB126/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 126th Session, 18 January 2010. Geneva: WHO, 2010b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB127/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 127th Session, 24 May 2010. Geneva: WHO, 2010c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB128/21**. The future of financing for WHO: Report by the Director-General, 15 December 2010. Geneva: WHO, 2010d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB128/INF.DOC./2** The future of financing for WHO: Summary of a consultation - Report by the Secretariat. Geneva: WHO, 2010e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB128/2**: Report by the Director-General to the Executive Board at its 128th session, 18 January 2011. GENEVA: WHO, 2011b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB128/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 128th Session, 21 January 2011. Geneva: WHO, 2011c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB128/INF.DOC./3**. The future of financing for WHO: Summary of the Director-General's concluding remarks, 22 January 2011. Geneva: WHO, 2011d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB129/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 129th Session, 25 May 2011. Geneva: WHO, 2011e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB130/5 Add.4**: WHO reform. Governance: Promoting engagement with other stakeholders and involvement with and oversight of partnerships. Report by the Secretariat. Executive Board 130th session, 27 December 2011, Geneva: WHO, 2011g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB130/5 Add.5**: WHO reform - Managerial reform: making WHO's financing more predictable. Report by the Secretariat. Executive Board 130th session, 22 December 2011, Geneva: WHO, 2011h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB130/31**: Reports of committees of the Executive Board. Standing Committee on Nongovernmental Organizations. Executive Board 130th session, Geneva: WHO, 2012d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB130/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 130th Session, 19 January 2012. Geneva: WHO, 2012e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB131/2012/REC/1**: resolutions and decisions. Executive Board 131st Session, 28-29 May 2012. Geneva: WHO, 2012f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB131/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 131st Session, 28 May 2012. Geneva: WHO, 2012g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB132/34**: Reports of committees of the Executive Board. Standing Committee on Nongovernmental Organizations. Executive Board 132nd session, Geneva: WHO, 2013a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB132/5 Add.2**: Key issues for the development of a policy on engagement with nongovernmental organizations - Report by the Director-General. Executive Board 132nd session, 18 January 2013. Geneva: WHO, 2013b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB132/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 132nd Session, 25 January 2013. Geneva: WHO, 2013c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB132/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 132nd Session, 25 January 2013. Geneva: WHO, 2013d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB132/DIV./3**: Decisions and list of resolutions. Executive Board 132nd session, 26 February 2013. Geneva: WHO, 2013e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB133/16**: WHO governance reform - Report by the Secretariat. Executive Board 133rd Session, 17 May 2013. Geneva: WHO, 2013f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB133/DIV/1**: Provisional list of members and other participants. Executive Board 133rd Session, 29 May 2013. Geneva: WHO, 2013g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB134/44**: Reports of committees of the Executive Board. Standing Committee on Nongovernmental Organizations. Executive Board 134rd session, Geneva: WHO, 2014e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB134/8**: Framework of engagement with non-State actors - Report by the Secretariat. Executive Board 134th session, 8 January 2014. Geneva: WHO, 2014f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB134/DIV/1 Rev. 1**: List of members and other participants. Executive Board 134th Session, 30 January 2014. Geneva: WHO, 2014g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB135/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 135th Session, 30 May 2014. Geneva: WHO, 2014h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB136/DIV/1 Rev.2**: List of members and other participants. Executive Board 136th Session, Geneva: WHO, 2015e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB136/40**: Reports of committees of the Executive Board. Standing Committee on Nongovernmental Organizations. Executive Board 136th session, Geneva: WHO, 2015f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB137/DIV/1 Rev.1**: List of members and other participants. Executive Board 137th Session, Geneva: WHO, 2015g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB/FENSA/OEIGM/2**: Marco para la colaboración con agentes no estatales. Reunión intergubernamental de composición abierta sobre el proyecto de marco para la colaboración con agentes no estatales, 16 de marzo de 2015. Geneva: WHO, 2015d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EBSS/2/2**: WHO reforms for a healthy future - Report by the Director-General. Executive Board Special session on WHO reform, 15 October 2011. Geneva: WHO, 2011i.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EBSS/2/INF.DOC./11: Governance -** Introductory remarks by the Director-General. Executive Board, Special session on WHO reform, 2 November 2011. Geneva: WHO, 2011j.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EBSS/2/INF.DOC./3: WHO reform.** Executive Board Special session on WHO reform, 25 October 2011. Geneva: WHO, 2011k.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EBSS/2/INF.DOC./6: WHO reform.** Executive Board Special session on WHO reform, 25 October 2011. Geneva: WHO, 2011l.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **English/French list of 202 nongovernmental organizations in official relations with WHO reflecting decisions of EB136, January 2015.** Geneva: WHO, 2015i.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Governance of WHO:** Concept paper. Geneva: WHO, 2011m.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **History of the Who Framework Convention on Tobacco Control.** Geneva: WHO, 2009c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implication of implementing the Framework of engagement with non-State actors:** non-paper by the WHO Secretariat for consideration for the informal meeting of Member States on 19-23 October. 14 October 2015. Geneva: WHO, 2015h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Independent Formative Evaluation of the World Health Organization:** Concept paper. Geneva: WHO, 2011n.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **IRIS:** International Repository for Information Sharing. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/>>. Acesso em 04 de janeiro de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Programme Budget Web Portal.** Disponível em: <<http://extranet.who.int/programmebudget/>>. Acesso em 14 de outubro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statements by NGOs in official relations with WHO at the WHO governing body meetings.** Disponível em: <<https://apps.who.int/ngostatements/>>. Acesso em 21 de outubro de 2015>. Acesso em 14 de outubro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary of consultations conducted by the Special Envoy on WHO's engagement with non-State actors.** Geneva: WHO, 2014i.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary Report:** Informal Consultation on WHO's engagement with non-State actors. 17-18 October 2013. Geneva: WHO, 2013h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary Report:** Second informal Consultation on WHO's engagement with non-State actors. 27-28 March 2014. Geneva: WHO, 2014j.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The first ten years of the World Health Organization.** Geneva: WHO, 1958.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The fourth ten years of the World Health Organization.** Geneva: WHO, 2011o.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The future of financing for WHO**: Report of an informal consultation convened by the Director-General, 12–13 January 2010. Geneva: WHO, 2010f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The second ten years of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1968.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The third ten years of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Forum**: Concept Paper. Geneva: WHO, 2011p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General addresses NGO community**. Opening remarks at a consultation on WHO engagement with nongovernmental organizations, 18 October 2012h. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2012/consultation_20121018/en/#>. Acesso em 11 de junho de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO reform**: towards a new policy of WHO engagement with nongovernmental organizations (NGOs). Consultation with NGOs, 18 October 2012. Geneva: WHO, 2012i.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Register of non-State actors (Pilot)**. Disponível em: <<http://apps.who.int/register-nonstate-actors/search.aspx#>>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

WOUTERS, Jan; MEESTER, Bart de; RYNGAERT, Cedric. Democracy and International Law. **Netherlands Yearbook of International Law**, v. 34, p. 139-197, 2004.

YACH, Derek; BETTCHER, Douglas. The globalization of public health I: threats and opportunities. **American journal of public health**, v. 88, n. 5, p. 735-738, May 1998.

YAMEY, Gavin. WHO in 2002: Faltering steps towards partnerships. **British Medical Journal**, v. 325, p. 1236-1240, 23 November 2002c.

YAMEY, Gavin. WHO in 2002: Have the latest reforms reversed WHO's decline? **British Medical Journal**, v. 325, p. 1107-1112, 9 November 2002a.

YAMEY, Gavin. WHO in 2002: Interview with Gro Brundtland. **British Medical Journal**, v. 325, p. 1355-1358, 7 December 2002e.

YAMEY, Gavin. WHO in 2002: WHO's management: struggling to transform a “fossilised bureaucracy”. **British Medical Journal**, v. 325, p. 1170-1173, 16 November 2002b.

YAMEY, Gavin. WHO in 2002: Why does the world still need WHO? **British Medical Journal**, v. 325, p. 1294-1298, 30 November 2002d.

YOUDE, Jeremy. **Global Health Governance**. Cambridge: Polity Press, 2012.