

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARIANA DA ROSA MARTINS**

**HISTÓRIAS DA SAÚDE GLOBAL:  
A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A COOPERAÇÃO  
COM ATORES NÃO ESTATAIS**

**PORTO ALEGRE**

**2017**



**CAPA:** montagem de tabuleiro e cartas adaptados do jogo *Risk* (“Risco” na versão portuguesa, *War*, na brasileira). Criado no ano de 1957 sob o nome de *La Conquête du Monde* (do francês, “A Conquista do Mundo”), é um jogo de tabuleiro sobre diplomacia, conflitos, disputas e conquista para ser jogado entre duas a seis pessoas.

**MARIANA DA ROSA MARTINS**

**HISTÓRIAS DA SAÚDE GLOBAL:  
A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A COOPERAÇÃO  
COM ATORES NÃO ESTATAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristianne Maria Famer Rocha

**PORTO ALEGRE**

**2017**

### CIP - Catalogação na Publicação

da Rosa Martins, Mariana  
Histórias da Saúde Global: A Organização Mundial da  
Saúde e a Cooperação com Atores não Estatais /  
Mariana da Rosa Martins. -- 2017.  
84 f.  
Orientadora: Cristianne Maria Famer Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2017.

1. Saúde Global. 2. Organização Mundial da Saúde.  
3. Organizações não Governamentais. I. Famer Rocha,  
Cristianne Maria, orient. II. Título.

**MARIANA DA ROSA MARTINS**

**HISTÓRIAS DA SAÚDE GLOBAL:  
A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A COOPERAÇÃO  
COM ATORES NÃO ESTATAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 27 de novembro de 2017.

Prof<sup>o</sup> Dr. Camilo Darsie de Souza  
*Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)*

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Camila Giugliani  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*

Prof<sup>o</sup> Dr. Roger dos Santos Rosa  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristianne Maria Famer Rocha  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*

## AGRADECIMENTOS

Todo trabalho, mesmo o individual, é resultado do empenho de diversas pessoas. Todo sonho, para se transformar em realidade, envolve também: família, amigos, mestres e colegas que formam uma rede de apoio fundamental.

Agradeço ao Grupo de Orientação Ampliado pelas contribuições que deram a minha Dissertação e a minha orientadora, professora Cristianne pelos caminhos que me ajudou a trilhar.

Agradeço aos amigos por permitirem compartilhar minhas histórias, minhas angústias, minhas alegrias e meus sonhos, pelas palavras de incentivo que sempre me deram e por perdoarem minhas ausências e entenderem a importância das atividades que tenho realizado nesses últimos dois anos – Kare, meu coração sempre esteve contigo, em todos os momentos.

Agradeço as professoras Lori Hanson e Rose Roberts, da *University of Saskatchewan*, por me acolherem e me apoiarem nas frias e calorosas terras do Canadá.

Agradeço à equipe do *Canadian Bureau for International Education* por me ajudar a redescobrir quem eu sou, a reencontrar a força que tenho em mim e entender que ainda tenho tanto a sonhar e a realizar – isso tem um valor inestimável.

E, é claro, agradeço a minha mãe, Maria Helena. Palavras não seriam suficientes para expressar tudo o que teu amor e dedicação significam na minha vida. Nada disso teria sido possível sem teu carinho, sem teus incentivos, por sempre me fazer entender que não há limites para um coração puro, para uma mente que sonha e um corpo que realiza.

*.... Então as capacidades que antes eram restritas agora estão disponíveis para todos. Isso não significa que a era do poder do Estado tenha terminado. O Estado ainda importa. Mas o palco está cheio. O Estado não está sozinho. Há muitos, muitos atores....*

(NYE, 2010)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Trecho da palestra *Global power shifts* proferida por Joseph Nye para a série *TED Talks*.

## RESUMO

Essa Dissertação tem por objetivo traçar o histórico das relações da Organização Mundial da Saúde com os atores não estatais desde a sua criação até a aprovação, em maio de 2016, na 69ª Assembleia Mundial da Saúde, do Marco de Cooperação da Organização Mundial da Saúde com Agentes Não Estatais. Para contemplar esse objetivo, realizou-se uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, com revisão de literatura e de documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde ao longo dos seus setenta anos. Apresenta-se, assim, em um primeiro momento, a temática da Saúde Global e suas diferenças com a Saúde Internacional, parte-se, então, para uma apresentação da Organização Mundial da Saúde e de sua estrutura de governança e resgata-se sua história sob a ótica da cooperação internacional e das ações com organismos não estatais e finaliza-se com a apresentação do Marco de Cooperação da Organização Mundial da Saúde com Agentes Não Estatais, o último instrumento de gestão e organização das atividades da Agência com atores não estatais. Como resultados, verificou-se um aumento no número de atores no Sistema Internacional e uma redução no poder da Organização Mundial da Saúde e na oferta de recursos financeiros por parte dos Estados ao longo da história da Organização e encontrou-se uma relação entre a maior diversificação nos tipos de atores no sistema internacional e a menor influência da Organização Mundial da Saúde nos processos de governança global em saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Global, Organização Mundial da Saúde, Organizações não Governamentais

## ABSTRACT

This study aims to trace the history of the World Health Organization's engagement with non-state actors from its inception to approval on, May, 2016, at the 69th World Health Assembly, of the World Health Organization's Framework of Engagement with Non-State Actors. In order to contemplate this objective, an exploratory research, with a qualitative approach, was carried out, with a review of the literature and documents produced by the World Health Organization throughout its seventy years. Firstly, the theme of Global Health and its differences with the International Health was introduced, and then a presentation of the World Health Organization and its structure of governance and history was conducted, having in mind an international cooperation and the actions with non-State organizations perspective. Lastly a presentation of the World Health Organization's Framework of Engagement with Non-State Actors was carried out as an instrument for the management and organization of the Agency's activities with non-state actors. Findings showed an increase in number of actors in the International System and a reduction in the power of the World Health Organization and in the provision of financial resources by its Member States throughout the Organization's history. A relationship was also found between the diversification in the types of actors in the international system and a reduction of World Health Organization's influence in the processes of global health governance.

**Keywords:** Global Health, World Health Organization, Non-Governmental Organizations

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Documentos Selecionados .....	19
Quadro 2 – Saúde Internacional e Saúde Global .....	29
Quadro 3 – Diretores-Gerais da OMS .....	35
Quadro 4 – Atores nas Relações Internacionais.....	63
Figura 1 - OMS – Estrutura de Governança .....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFRO	Escritório Regional para a África
AMRO	Escritório Regional para as Américas
APS	Atenção Primária à Saúde
EMRO	Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental
EURO	Escritório Regional para a Europa
AUGM	<i>Asociación de Universidades del Grupo Montevideo</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CIS	Conferência Internacional da Saúde
EB/CE	Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (do inglês, <i>Executive Board</i> )
DFID	<i>Department for International Development of the United Kingdom</i>
DG	Diretor(a)-Geral da Organização Mundial da Saúde
ECO 92	Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento
EUA	Estados Unidos da América
FENSA	Marco para a Colaboração com Agentes Não Estatais (do inglês, <i>Framework of Engagement with Non-State Actors</i> )
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccines and Immunisations</i>
GHP	Parcerias para a Saúde Global (do inglês, <i>Global Health Partnerships</i> )
IAVI	<i>International AIDS Vaccine Initiative</i>
IBFAN	<i>Infant Baby Food Action Network</i>
INFOTAB	<i>Centre International d'Information du Tabac</i>
IRIS	Repositório Institucional para Compartilhamento de Informação (do inglês, <i>Institutional Repository for Information Sharing</i> )
MSP	Movimento pela Saúde dos Povos
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (do inglês, <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i> )
ODA	Assistência oficial ao desenvolvimento (do inglês, <i>official development assistance</i> )

OIHP	Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, do francês <i>Office International d'Hygiène Publique</i> )
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS/OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PASB	Repartição Sanitária Pan-Americana (do inglês, <i>Pan American Sanitary Bureau</i> )
PEC-G	Programa Estudante Convênio de Graduação
SEARO	Escritório Regional para a Ásia Sul-Oriental
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TB	Tuberculose
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WHA/MAS	Assembleia Mundial da Saúde (do inglês, <i>World Health Assembly</i> )
WPRO	Escritório Regional para o Pacífico Ocidental

## SUMÁRIO

<b>ESCOLHA PELA SAÚDE GLOBAL: Uma introdução ao tema.....</b>	<b>13</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>SAÚDE GLOBAL OU SAÚDE INTERNACIONAL? .....</b>	<b>22</b>
Saúde internacional .....	22
Saúde global .....	24
Comparando a Saúde Internacional e a Saúde Global.....	28
<b>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) .....</b>	<b>31</b>
Estrutura de Governança .....	32
<b>A GOVERNANÇA GLOBAL EM SAÚDE E A ATUAÇÃO DE ATORES NÃO ESTATAIS ...</b>	<b>37</b>
I Ato: a constituição da Organização Mundial da Saúde .....	38
II ato: A Guerra Fria .....	42
III Ato: Entra em cena o Banco Mundial .....	50
IV Ato: <i>Global Health Partnerships</i> e o (re)surgimento das fundações .....	55
O último Ato? O Marco para a Colaboração com Atores Não Estatais (FENSA) .....	62
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>

---

## ESCOLHA PELA SAÚDE GLOBAL: Uma introdução ao tema

Curiosidade e uma certa dose de inquietude acompanharam-me sempre, além de uma grande vontade de entender o mundo a minha volta. Talvez essas características tenham, aos poucos, ajudado a desenvolver uma boa capacidade de enxergar as situações dos mais diversos ângulos e a sensibilidade para compreender as ações dos demais – mesmo que eu não concorde com suas atitudes.

Foi muito dessa inquietação e desse desejo de entender o mundo que me fizeram querer estudar Relações Internacionais. O caminho não foi fácil, a concorrência do vestibular era muito acirrada e precisei me preparar por quatro anos para, finalmente, ser aprovada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tempo no qual trabalhei como monitora em cursos preparatórios para o vestibular para ajudar a custear meus estudos. Ser aprovada foi a realização de um sonho e, na faculdade, passei por experiências que me fizeram crescer pessoal e profissionalmente. Junto ao Centro Estudantil de Relações Internacionais, eu e outros discentes, brasileiros e estrangeiros, desenvolvemos um projeto de recepção e acolhimento focado nos estudantes participantes do Programa Estudante Convênio de Graduação (PEC-G), oportunidade de formação oferecida a países em desenvolvimento com os quais o Brasil mantém acordos educacionais e culturais. No semestre seguinte, a Pró-Reitoria de Graduação da UFRGS implementou um projeto semelhante, no qual atuei como monitora acadêmica dos estudantes do PEC-G por dois semestres.

Em 2009, fui contemplada com uma bolsa de estudos pelo programa Escala Estudantil da Associação de Universidades do Grupo Montevideo (AUGM), que me permitiu estudar um semestre na *Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales* da *Universidad Nacional de Rosario*, na Argentina. Um semestre longe da família, dos antigos amigos, mas cultivando novas amizades e passando por experiências únicas.

No último ano da faculdade, quando da escolha do tema para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), acabei optando por escrever sobre a cooperação internacional em saúde entre o Brasil e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), tema que havia idealizado já no primeiro ano do Curso, quando traduzi textos do inglês para o português para uma organização que capacitava jovens desses países e tive contato com um desses materiais sobre Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e tuberculose no contexto da

África Austral<sup>2</sup>, que me deixou cheia de questionamentos sobre as políticas de combate a essas doenças e os interesses por trás de iniciativas de cooperação verticais (ou Norte-Sul). O processo de pesquisa e elaboração do TCC acabou por me apresentar para os campos da governança global em saúde, da diplomacia da saúde e me possibilitou enxergar nessas áreas algumas possibilidades de atuação profissional. Dessa forma, quando vi que o Bacharelado em Saúde Coletiva estava com processo seletivo para ingresso de diplomado aberto, acabei me interessando pelo Curso – até porque eu desconhecia a existência de alguma formação de pós-graduação nessa área em Porto Alegre.

Na graduação em Saúde Coletiva, conheci o Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) - rede de ativistas que trabalham pelo direito à saúde - do qual passei a participar e que tem influenciado meus estudos na linha da atuação de atores não estatais nos processos da governança global em saúde. No MSP, colaborei com o projeto “Observatório da OMS” de 2013 a 2015 - em três ocasiões, a distância e, em outras duas, presencialmente - participando de reuniões na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e na Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Observatório da OMS (em inglês, *WHO Watch*) tem como objetivo democratizar os processos decisórios da Agência através da participação, como observadores, de ativistas nas reuniões em Genebra e das reuniões regionais da Organização<sup>3</sup>, da aproximação com os representantes nacionais na OMS, da análise dos tópicos discutidos nas reuniões, da produção de pareceres relativos às pautas e da divulgação e publicização das decisões tomadas no âmbito da Organização (LEGGE, 2013). A criação desse projeto ocorreu em função do entendimento de que as estruturas da governança global em saúde estão dominadas pelos interesses das grandes potências e das corporações farmacêuticas transnacionais, mas que as relações de poder em torno das decisões globais – que influenciam a saúde das populações – são capazes de mudar essa situação através de novas alianças e novos fluxos de informação. Assim, foi pensada a iniciativa *Democratizing Global Health Governance* (em português, Democratizando a Governança Global em Saúde), na qual está inserido o Observatório da OMS (GLOBAL HEALTH WATCH, 2015). Foi através desse Projeto que entendi melhor o funcionamento da Organização

---

<sup>2</sup>Ou África Meridional, região constituída pelos países do Sul do continente africano: África do Sul, Angola, Botswana, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, República Democrática do Congo, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia, Zimbabwe.

<sup>3</sup> Escritórios Regionais da OMS: Escritório Regional para a África (AFRO), Escritório Regional para a Europa (EURO), Escritório Regional para a Ásia Sul-Oriental (SEARO), Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental (EMRO), Escritório Regional para o Pacífico Ocidental (WPRO), Escritório Regional para as Américas (AMRO), também conhecido como a Organização Pan-americana da Saúde (OPS ou OPAS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016h).

---

Mundial da Saúde e percebi mais claramente a atuação de agentes não estatais em seus processos de governança. Ainda assim, mesmo com todo o suporte do MSP e do Observatório da OMS e com minhas experiências em Modelos da Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>4</sup>, os primeiros contatos com a governança da Organização foram confusos, pois discutíamos e estudávamos os temas de Saúde Global, mas eu não tinha conhecimento sobre a estrutura da OMS, até porque, nas universidades do Brasil, pouco se discute sobre essa temática. Essa Dissertação é o resultado de toda essa vivência entre vários mundos: o acadêmico, o ativista, o profissional, pois foi essa experiência que levou à escolha dos tópicos a tratar, a saber: o envolvimento da OMS com atores não estatais.

**O objetivo principal dessa Dissertação é traçar o histórico das relações da OMS com os atores não estatais** desde a sua criação até a aprovação, em maio de 2016, na 69ª Assembleia Mundial da Saúde, do *Marco de Cooperação da OMS com Agentes Não Estatais* (FENSA<sup>5</sup>), o último instrumento de gestão e organização das atividades da Agência com agentes não estatais.

A Dissertação está dividida em quatro capítulos, além dessa introdução e das considerações finais: o primeiro apresenta a temática da Saúde Global e aponta suas diferenças da Saúde Internacional; o segundo capítulo apresenta a metodologia utilizada na elaboração desse trabalho; o terceiro capítulo é destinado à apresentação da OMS e de sua estrutura de governança, o quarto capítulo traz os resultados da pesquisa através do resgate da história da OMS sob a ótica da cooperação internacional e das ações com organismos não estatais (finalizando com a apresentação do FENSA); as considerações finais trazem uma discussão sobre as alterações nas relações da OMS que ocorreram ao longo da história, apresentadas no capítulo anterior.

Para contemplar o objetivo, realizou-se uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, com revisão de literatura e de documentos. Os resultados dessa pesquisa - a história da OMS sob a ótica da cooperação internacional e das ações com organismos não estatais - são apresentados no capítulo quatro. Esse capítulo está dividido em atos, como em uma peça de teatro – o mundo é o palco, os atores são os Estados-membros, as organizações internacionais e todas as demais entidades que nele atuam.

---

<sup>4</sup> Simulações de órgãos da ONU nas quais estudantes atuam como diplomatas dos países.

<sup>5</sup>Do inglês, *Framework of Engagement with Non-State Actors*.

---

O que se buscou foi contar uma história: as memórias da participação dos atores não estatais na OMS. Para relatar essa trajetória, foi necessário resgatar crônicas anteriores à criação da Organização, para entender o contexto da fundação dessa agência e o papel dos organismos não governamentais nesse cenário.

---

## METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo proposto, qual seja: traçar o histórico das relações da OMS com os atores não estatais na OMS, parte-se de uma análise de documentos elaborados pela OMS desde a sua constituição. De caráter exploratório, para sua realização, foram pesquisados documentos de trabalho e resoluções das Assembleias Mundiais da Saúde e das sessões do Conselho Executivo da OMS relativos à atuação de agentes não estatais nas suas políticas e ações.

Um estudo exploratório é descrito por Theodorson e Theodorson (1969) como:

Um estudo preliminar cujo principal objetivo é familiarizar-se com um fenômeno que deve ser investigado, de modo que o grande estudo a seguir possa ser projetado com maior compreensão e precisão (...). Permite-lhe também escolher as técnicas mais adequadas para a sua investigação e decidir sobre as questões que mais necessitam de ênfase e investigação detalhada, e pode alertá-lo para potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência.

O Repositório Institucional para Compartilhamento de Informação (IRIS, do Inglês *Institutional Repository for Information Sharing*), mantido pela Biblioteca da OMS, foi a principal fonte de pesquisa para material documental. Foi realizada busca na categoria “Assunto” pelo termo *nongovernmental organizations*, que retornou 155 entradas. Foram excluídas 31 entradas cujos documentos ainda não estavam disponíveis na íntegra no portal, bem como dois documentos dos Escritórios Regionais da OMS na Europa. Após a verificação desses documentos, observou-se que diversos arquivos não estavam diretamente relacionados ao tema da pesquisa, assim como percebeu-se que materiais relevantes não foram mostrados pelo sistema IRIS. A busca por *civil society* ou *non-state actors* não retornou nenhuma entrada, pois não são palavras-chave cadastradas no sistema IRIS.

As buscas por *World Health Assembly* e *Executive Board* como “autor” retornaram documentos produzidos para todas as Assembleias Mundiais da Saúde e, também, todas as reuniões dos Conselhos Executivos. Dessa forma, foi possível localizar documentos relacionados ao tema de pesquisa, ou seja, decisões e resoluções da OMS referentes à atuação dos atores não estatais. Como a ideia desse trabalho não é mapear todas as atividades, mas sim mostrar como elas se desenvolveram ao longo do tempo, foram selecionados documentos seguindo os quatro critérios: (1) decisões e resoluções da OMS referentes ao tema, (2) relatórios dos Diretores-Gerais, (3) relatórios do Comitê Permanente para Organizações não Governamentais

da OMS e (4) listas de participantes - para entender quem foram os agentes e como foram se modificando nos quase 70 anos de história.

Foram também adotados três critérios de escolha dos documentos analisados: (1) fator temporal, (2) documentos-chave, ou seja, aqueles que trouxeram mudanças significativas para as relações entre a OMS e os agentes não estatais, e (3) possível conflito de interesse organizacional envolvendo o agente não estatal. Por conflito de interesse serão adotados os conceitos das Organizações das Nações Unidas (ONU) e da OMS. A ONU entende que:

Um conflito de interesse organizacional surge quando, por causa de outras atividades ou relacionamentos, uma organização é incapaz de prestar serviços imparciais, a objetividade da organização no desempenho do trabalho mandatado é ou pode ser prejudicada, ou a organização tem uma vantagem competitiva injusta (UNITED NATIONS, 2011, p.4, tradução da autora)<sup>6</sup>.

Para a Organização Mundial da Saúde, “surge um conflito de interesse quando um interesse secundário interfere com o interesse primário da OMS e do seu pessoal. O âmbito do conflito de interesse vai além do interesse financeiro” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016<sup>a</sup>, p. 1, tradução da autora)<sup>7</sup>. Já seu Marco de Colaboração com Agentes não Estatais define que:

Um conflito de interesse surge em circunstâncias onde há uma possibilidade de que um interesse secundário (por exemplo interesse nos resultados do trabalho da OMS em uma determinada área) influencie indevidamente, ou quando se pode perceber razoavelmente que influencia de maneira indevida na independência ou na objetividade de um parecer ou de um desempenho profissional relativo a um interesse primordial (o trabalho da OMS). A existência de um conflito de interesse em qualquer de suas formas não significa em si que se tenha cometido uma ação inadequada, mas sim que há um risco de que essa ação inadequada seja cometida. Os conflitos de interesse não são apenas financeiros, mas também podem assumir outras formas (OMS, 2016<sup>a</sup>, p; 10, tradução da autora)<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> No original: An organizational conflict of interest arises where, because of other activities or relationships, an organization is unable to render impartial services, the organization’s objectivity in performing mandated work is or might be impaired, or the organization has an unfair competitive advantage.

<sup>7</sup> No original: a conflict of interest arises when a secondary interest interferes with the primary interest of WHO and its staff. The scope of conflict of interest goes beyond financial interest.

<sup>8</sup> No original: A conflict of interest arises in circumstances where there is potential for a secondary interest (a vested interest in the outcome of WHO’s work in a given area) to unduly influence, or where it may be reasonably perceived to unduly influence, either the independence or objectivity of professional judgement or actions regarding a primary interest (WHO’s work) The existence of conflict of interest in all its forms does not as such mean that improper action has occurred, but rather the risk of such improper action occurring. Conflicts of interest are not only financial, but can take other forms as well.

Após seguir os critérios de seleção de materiais explicitados nos parágrafos acima, chegou-se a um total de 33 documentos que serviram como base para essa dissertação, os quais se encontram listados no quadro abaixo:

Página	Ano	Tipo de documento	Publicado por	Título do documento
41	1948	Relatório técnico	OMS - Comitê Permanente para Organizações Não Governamentais	EB2/69 Report of Standing Committee on Non-Governmental Organizations
41	1948	Relatório técnico	OMS – EB - Comitê para Organizações Não Governamentais	Report of the Committee on Non-Governmental Organizations
40	1950	Decisão	OMS - Comitê Permanente para Organizações Não Governamentais	First report of the Standing Committee on Non-governmental Organizations
43	1955	Resolução	OMS – Conselho Executivo	EB15.R54 Principles Governing Admission of Non-governmental Organizations into Official Relations with WHO
44	1955	Relatório técnico	OMS – Conselho Executivo	EB17/31 - Principles Governing the Admission of Non-Governmental Organizations into Relations with WHO
43 / 44	1956	Registros oficiais	OMS – Conselho Executivo	Official Records of the World Health Organization no. 68 - Executive Board - Seventeenth Session
38-39 / 42	1958	Histórico da OMS	OMS	Los diez primeros años de la OMS
41	1958	Resolução	OMS - Assembleia Mundial da Saúde	EB21.R32 - Amendment to Working Principles governing the Admission of Non-governmental Organizations into Official Relations with WHO
44	1962	Resolução	OMS – Conselho Executivo	EB29.R56 Collaboration with Non-governmental Organizations
41	1968	Resolução	OMS - Assembleia Mundial da Saúde	WHA21.28 - Working Principles governing the Admission of Non-governmental Organizations into Official Relations with WHO : Amendment to Paragraph 2 (vi)
43 / 45	1968	Histórico da OMS	OMS	The Second Ten Years of the World Health Organization (1958 – 1967)
39 / 43	1973	Resoluções e decisões	OMS	Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board – volume I 1948 - 1972
45-46	1977	Relatório	OMS – Conselho Executivo	Triennial review of Nongovernmental Organizations in official relations with WHO (1975-1977) - Report by the Director-General
47	1978	Decisão	OMS – Conselho Executivo	EB63/38 - Review of Nongovernmental Organizations in Official Relations with WHO - Report by the Director-General
47	1978	Declaração	OMS	Declaration of Alma-Ata.

Página	Ano	Tipo de documento	Publicado por	Título do documento
48	1978	Relatório	OMS - UNICEF	Primary Health Care – Report of the International Conference on Primary Health Care
47	1979	Resoluções e decisões	OMS – Conselho Executivo	Executive Board, Sixty-Third Session: resolutions and decisions
47	1979	Resoluções e decisões	OMS – Conselho Executivo	EB63.R27 - Relations with Nongovernmental Organizations
53-54	1993	Resoluções e decisões	OMS	Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board volume III Third edition (1985-1992)
55	1996	Relatório técnico	OMS - Conselho Executivo	EB99/25 - Collaboration with nongovernmental organizations : Review of overall policy on collaboration with nongovernmental organizations (1994-1996)
55	1997	Relatório técnico	OMS – Diretor-Geral	EB101/33 - Collaboration with nongovernmental organizations - Review of overall policy on collaboration with nongovernmental organizations - report by the Director General
56-57	2000	Relatório técnico	OMS - Secretariado	World Health Organization - Partnerships with nongovernmental organizations
57-58	2001	Resoluções e decisões	OMS – Conselho Executivo	EB107 - Decisions and list of resolutions
58	2002	Relatório técnico	OMS – Diretor-Geral	EB111/22 - Policy for relations with nongovernmental organizations - Report by the Director-General
58	2002	Relatório técnico	OMS - CSI	WHO's interactions with Civil Society and Nongovernmental Organizations
58-59	2009	Relatório técnico	OMS - Secretariado	Partnerships - Report by the Secretariat
58-59	2010	Resoluções e decisões	OMS - Assembleia Mundial da Saúde	Sixty-third World Health Assembly - Resolutions and decisions
62	2010	Relatório	OMS – Diretora-Geral	El futuro de la financiación de la OMS - Informe de la reunión de consulta oficiosa sobre el futuro de la financiación de la OMS convocada por la Directora General
48	2011	Histórico da OMS	OMS	The Fourth Ten Years of the World Health Organization: 1978 - 1987
40 / 51-52	2014	Documentos	OMS	WHO Basic Documents
59	2014	Relatório técnico	OMS	Partnerships and Collaborative Arrangements with WHO involvement
62-65	2016	Resolução	OMS	WHA69.10 Framework of engagement with non-State actors
65	2017	Relatório	OMS – Diretora-Geral	A72/50 - Engagement with non-State actors Report by the Director-General

### Quadro 1 - Documentos selecionados

Fonte: elaboração própria (2017)

---

Os documentos selecionados foram lidos buscando identificar (1) o contexto histórico no qual foi elaborado, (2) o número e os tipos de atores citados no documento, (3) o discurso ou a linguagem utilizada no documento e (4) que tipos de interações entre a OMS e os atores não estatais (ANE) foram descritas ou estavam previstas no documento. Com esses dados, apontaram-se três tipos de informações por períodos: (a) a influência da OMS na Governança Global em Saúde no período, (b) a autonomia da OMS naquele momento e (c) a nomenclatura utilizada para denominar os atores não estatais, que foram apresentadas no capítulo “A Governança Global em Saúde e a Atuação de Atores Não Estatais” e nas conclusões.

Em todas as fases de elaboração dessa Dissertação, buscou-se utilizar os termos dos documentos, ou seja, se um documento tratava “atores não estatais” por “organizações não governamentais” usou-se esse termo, não aquele. Isso foi feito com o objetivo de mostrar a alteração dos usos das expressões ao longo do tempo. Com o objetivo de contribuir para a fluidez da leitura, optou-se por apresentar citações diretas traduzidas no corpo do texto. Os trechos originais podem ser lidos na respectiva nota de rodapé. Já os nomes de instituições, organizações, parcerias e projetos foram mantidos na língua original, salvo os casos em que há tradução ao Português já consagrada (por exemplo: Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas, Banco Mundial).

---

## SAÚDE GLOBAL OU SAÚDE INTERNACIONAL?

O uso do termo “Saúde Global” vem se popularizando nas últimas décadas, embora a expressão “Saúde Internacional” continue sendo utilizada. No Brasil, as iniciativas no âmbito universitário de formação nesses campos não são ainda tão comuns e um estudante ou profissional que deseje explorar essas áreas acaba tendo opções mais restritas. Em países da América do Norte e da Europa, no entanto, diversas instituições de ensino oferecem oportunidades de aprendizado e vivência em Saúde Global ou Internacional. Contudo, apesar de receberem nomenclaturas distintas, por vezes, programas e diretrizes se confundem, se misturam e, mais importante, as ações desenvolvidas, por vezes, são semelhantes, não importando se sob o nome de Saúde Global ou Saúde Internacional. Ao levar esse contexto em consideração, o presente capítulo apresenta definições dos dois termos, conforme são discutidas no Brasil e no exterior e introduz o conceito de Governança Global em Saúde utilizado nessa Dissertação.

### Saúde internacional

Com o objetivo de compreender melhor os fenômenos envolvendo a governança da saúde, buscou-se inicialmente definições de termos recorrentes na linguagem da diplomacia da saúde. Uma das primeiras expressões é “saúde internacional” que, de acordo com Brown, Cueto e Fee (2006), começou a ser utilizada no final do Século XIX para se referir especialmente ao controle de doenças que ultrapassassem as fronteiras dos países. Percebe-se que desde a Primeira Conferência Sanitária Internacional, realizada em 1851, na França, até a atualidade, o sentido dado ao termo se modificou. Os primeiros esforços de cooperação entre os países, na segunda metade do Século XIX e no início do Século XX, tinham como objetivo padronizar os regulamentos internacionais de quarentena a fim de evitar a propagação da cólera, da peste bubônica e da febre amarela (HARVARD UNIVERSITY LIBRARY, 2008). O discurso de M. C. E. David, Ministro Plenipotenciário da França quando da II Conferência Sanitária Internacional, a qual presidiu, transpõe as preocupações da época:

Por muito tempo, houve justa causa de queixa sobre a diversidade de regulamentos sanitários, que, em detrimento do comércio das diferentes nações, criou tanto embaraço e tanta desigualdade.

---

(MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRE DE FRANCE, 1852, p. 3, tradução nossa)<sup>9</sup>.

A preocupação dos países nesse período não era apenas a proteção de viajantes e moradores das cidades, mas também evitar que o comércio marítimo fosse prejudicado (CUETO, 2015). Dessa forma, um dos resultados da série de conferências internacionais foi a criação, em 1907, do Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, do francês *Office International d'Hygiène Publique*), que funcionou em Paris até o ano de 1946 (FIDLER, 2001) e que pretendia ser reconhecido como a “principal agência de vigilância sanitária mundial” (CUETO, 2015). Foi assim também organizado o primeiro acordo internacional, a Convenção Sanitária Internacional, assinada na época, no entanto, por apenas dois países não europeus, Brasil e Estados Unidos, e dominada pelas ideias e pelos interesses da Europa (CUMMING, 1926).

De acordo com o *Global Health Education Consortium*<sup>10</sup>, em artigo publicado na revista *Lancet*, ainda que muitos pesquisadores tenham adaptado o termo para coincidir com a filosofia e com os conteúdos das práticas sanitárias globalizadas contemporâneas, ele foi usado por décadas para se referir ao trabalho com saúde no exterior, com enfoque geográfico nos países em desenvolvimento ou para tratar com doenças tropicais e infecciosas, água e saneamento, desnutrição e saúde materna e infantil (KOPLAN et al., 2009). Para essa organização, a saúde internacional seria uma subespecialidade relacionada a práticas, políticas e sistemas enfatizando mais as diferenças entre os países que suas semelhanças, enquanto que, para outros grupos de pesquisa, a expressão é utilizada apenas para questões de doenças no mundo em desenvolvimento (Ibidem). Não foge a essa ideia o entendimento da Saúde Internacional como uma área de atividades profissionais que envolve o desenvolvimento de programas internacionais para promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e apoio aos países em desenvolvimento para o fortalecimento de seus programas sanitários (MACFARLANE; JACOBS; KAAYA, 2008).

Uma corrente da Saúde Internacional entende que a área trata especialmente das questões sanitárias do mundo em desenvolvimento, que, potencialmente, poderia transmitir doenças para os países desenvolvidos. As iniciativas decorrentes dessa visão partiriam desse último grupo de países tendo como receptores os países em desenvolvimento, sendo, assim, uma prática unidirecional (VILLA et al., 2001). O fragmento a seguir foi retirado do diário de

---

<sup>9</sup> No original: Depuis trop longtemps, on se plaignait avec juste raison de la diversité des règlements sanitaires qui établissaient, au préjudice du commerce des différentes nations, tant de gênes, et, solvante, une si fâcheuse inégalité.

<sup>10</sup> Em tradução livre: Consórcio de Educação em Saúde Global.

---

missão à China e ao Japão de Edwin Embree, um dos antigos vice-presidentes da Fundação Rockefeller, e é um exemplo desse fazer saúde:

Campanha de educação em prol da medicina ocidental e da higiene. Recomendamos que o CMB (Conselho Médico da China, na época, braço da Organização Rockefeller no país) coopere em apoio ao trabalho do Dr. W. W. Peter, que tende a desenvolver os antecedentes gerais de compreensão e suporte da medicina ocidental e da higiene na China. Isso deve ser combinado com apoio de propaganda para educação médica (como sugeriu originalmente o Sr. Vincent) (EMBREE, 1922, p. 5, tradução nossa)<sup>11</sup>

A missão ocorreu no ano de 1922 e, um de seus objetivos, conforme é possível ler no trecho acima, foi fomentar uma campanha de educação tendo como viés orientador não as ideias de saúde locais, como a Medicina Tradicional Chinesa, mas sim a medicina ocidental – ilustrando um fazer saúde hierarquizado, no qual os saberes locais não são considerados.

## Saúde global

A saúde global está na moda. Provoca grande interesse nos meios de comunicação, nos estudantes e em professores, impulsionou o estabelecimento ou a reestruturação de vários programas acadêmicos, é apoiada pelos governos como um componente crucial da política externa e tornou-se um importante alvo da filantropia... No entanto, embora seja frequentemente referenciada, a saúde global raramente é definida. Quando é, a definição varia muito e muitas vezes é pouco mais do que uma reformulação de uma definição comum de saúde pública ou uma atualização politicamente correta da saúde internacional ... Sem uma definição estabelecida, um termo abreviado como a saúde global pode obscurecer diferenças importantes em filosofia, estratégias e prioridades de ação entre médicos, pesquisadores, financiadores, mídia e público em geral. Talvez, o mais importante, se não definimos claramente o que queremos dizer com a saúde global, não podemos chegar a um acordo sobre o que estamos tentando alcançar, sobre as abordagens que devemos tomar, sobre as habilidades necessárias e sobre as

---

<sup>11</sup>. No original: Campaign of education in behalf of western medicine and hygiene. We recommend that CMB cooperate in support of work of Dr. W. W. Peter as tending to build up general background of understanding and support of Western medicine and hygiene in China. This should be combined with support of propaganda for medical education (such as was originally suggested by Mr. Vincent).

---

formas em que devemos usar recursos<sup>12</sup>. (KOPLAN et al., 2009, p. 1993, tradução nossa)

Saúde Global é um tema em voga, porém, ainda é um campo sem características e orientações completamente definidas” (CUETO, 2015) e não há um entendimento geral sobre os conteúdos de suas formações e seus cursos ou sobre o que é ou não trabalhar ou fazer pesquisa em Saúde Global (MACFARLANE; JACOBS; KAYA, 2008). Em artigo publicado na Revista Lancet no ano de 2009, um grupo de pesquisadores do Conselho Executivo do *Consortium of Universities for Global Health* afirma que o termo Saúde Global é raramente definido e sugerem a seguinte definição:

A Saúde Global é uma área de estudo, pesquisa e prática que prioriza a melhoria dos níveis de saúde e a equidade em saúde para todas as pessoas em todo o mundo. A Saúde Global enfatiza problemas, determinantes e soluções de saúde transnacionais; envolve muitas disciplinas além daquelas das Ciências da Saúde e promove a colaboração interdisciplinar; e é uma síntese da prevenção baseada na população com cuidados clínicos de nível individual (Koplan et al. 2009, p. 1995, tradução nossa)<sup>13</sup>.

Ao levar em consideração esse quadro, pensou-se que seria interessante buscar as definições mais recorrentes. Para Palmer, o termo Saúde Global designa “a saúde transnacional em uma era de globalização (PALMER, 2015). Como foi apresentado na seção anterior, a saúde como um aspecto internacional não é um fenômeno recente, tendo a Ásia e a Europa apresentado casos de peste bubônica na Idade Média (de modo que a quarentena foi desenvolvida no Século XIV em Veneza), assim como, no Século XVI, os invasores introduziram o sarampo e a varíola nas Américas e, nos Séculos XVIII, o ópio era um produto de comércio e subjugação das forças

---

<sup>12</sup> No original: Global health is fashionable. It provokes a great deal of media, student, and faculty interest, has driven the establishment or restructuring of several academic programmes, is supported by governments as a crucial component of foreign policy, and has become a major philanthropic target. ... However, although frequently referenced, global health is rarely defined. When it is, the definition varies greatly and is often little more than a rephrasing of a common definition of public health or a politically correct updating of international health... Without an established definition, a shorthand term such as global health might obscure important differences in philosophy, strategies, and priorities for action between physicians, researchers, funders, the media, and the general public. Perhaps most important if we do not clearly define what we mean by global health, we cannot possibly reach agreement about what we are trying to achieve, the approaches we must take, the skills that are needed, and the ways that we should use resources.

<sup>13</sup> No original: Global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasises transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population based prevention with individual-level clinical care.

---

imperiais ocidentais (KOPLAN et al., 2009). Quais seriam, então, as diferenças entre os fenômenos passados e os atuais?

Como nunca antes, houve um rápido aumento nas velocidades de viagem e de comunicação, assim como o grau de interdependência econômica entre as nações, o que influencia a saúde das populações em todo o mundo (KOPLAN et al., 2009). Dessa forma, por globalização Cueto entende que é “a expressão que compreende processos mundiais ocorridos depois de 1991”, sendo que esses processos seriam um rápido aumento dos intercâmbios comerciais, o expressivo número de viajantes e imigrantes e o desenvolvimento de novas tecnologias de informação. Para esse autor, a globalização seria marcada por “políticas econômicas neoliberais que enfatizam a dinâmica do mercado em detrimento do papel do Estado ao levar a cabo a privatização de empresas públicas” (CUETO, 2015) e a saúde global seria uma resposta aos problemas surgidos com essa globalização em um cenário de redução de orçamentos e reformas administrativas em diversos sistemas de saúde e à atuação de novos atores como o Banco Mundial, a Fundação Bill e Melinda Gates e as parcerias público-privadas (CUETO, 2015).

Pesquisadores do Conselho Executivo do *Consortium of Universities for Global Health* defendem que “global” refere-se a qualquer questão de saúde que envolva muitos países ou que seja afetada por determinantes transnacionais – como a mudança climática e a urbanização – e também ao controle do tabaco, à migração de recursos humanos ou à obesidade, pois o “global” de saúde global é relacionado ao escopo dos problemas, não a sua localização, assim, pode focar tanto nas disparidades da saúde doméstica como em tópicos que atravessem fronteiras (KOPLAN et al., 2009). Os mesmos autores entendem que a saúde global abrange transações mais complexas entre as sociedades, que reconheceriam que os países desenvolvidos não tem o monopólio das boas ideias (KOPLAN et al., 2009).

Brown, Cueto e Fee (2006) afirmam que a palavra “global” era usada bem antes dos anos 90, como no programa para erradicação da malária, nos anos 50, ou num relatório para o Congresso dos Estados Unidos e em estudos sobre questões da população global, na década de 1970, porém sendo empregada de modo esporádico, limitado e geralmente tratando de assuntos relacionados à pandemia. Para os autores, a adoção do termo “global”, já em meados de 1990, por parte da OMS é relacionada a um esforço de adaptação aos constantes desafios do mundo em transformação, à inserção de novos atores no cenário internacional, às mudanças nas finanças da Organização, entre outros fenômenos que atingiram seu papel de coordenação da saúde:

---

A OMS certamente ajudou a promover o interesse em 'saúde global' e contribuiu significativamente para a disseminação de novos conceitos e de um novo vocabulário. A expressão "saúde global" emergiu como parte de um processo histórico e político mais amplo, em meio a um debate ainda não resolvido sobre a direção que deve tomar a saúde pública, no contexto de uma ordem mundial neoliberal, no qual a OMS viu seu papel, antes dominante, ser desafiado, e começou a reposicionar-se no âmbito de um conjunto de alianças de poder em transformação (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Para Kickbusch e Lister (2006), saúde global se refere às questões de saúde que transcendem as fronteiras e os governos nacionais e pedem ações para influenciar as forças globais que determinam a saúde das pessoas, requerendo novas formas de governança nacional e internacional que busquem incluir uma ampla gama de atores. Os autores defendem que a globalização tem um efeito duplo, ao mesmo tempo que é negativa por possibilitar a disseminação de problemas de saúde rapidamente, também é positiva, à medida que ajuda a aumentar o compartilhamento científico e tecnológico (KICKBUSCH; LISTER, 2006).

Percebe-se que uma parte dos autores alega uma falta de definição do conceito e/ou das origens do termo e busca contribuir para essa discussão e para uma concepção mais universal. Pode-se alegar, com certa razão, que esse é um problema ultrapassado e que parte dos autores que defendiam essa ideia já passaram para outro nível e que já existe uma definição amplamente usada. Pode-se também afirmar que esse texto chega a essa conclusão por ser embasado, em parte, por bibliografia antiga, de 5 ou 10 anos atrás. De fato, no mundo contemporâneo a informação perde seu prazo de validade com muita rapidez – o mundo globalizado é marcado por esse fluxo de informação massivo em que notícia da semana passada é "notícia velha", porém, quando se buscam os conteúdos que os programas acadêmicos oferecem, percebe-se que essa suposta uniformidade de conceitos ainda não se traduziu em uma uniformidade de currículos e propostas. Não se propõe aqui, no entanto, uma uniformidade completa de currículos, afinal, cada curso carrega características próprias, resultado dos contextos nos quais foram criados.

---

## Comparando a Saúde Internacional e a Saúde Global

Até mesmo um rápido olhar pelos títulos de livros e artigos na literatura recente sobre medicina e saúde pública sugere que uma importante transição encontra-se em curso. Os termos 'global', 'globalização' e suas variantes estão em toda parte, e, no contexto específico da saúde pública, 'global' parece estar emergindo como um termo de reconhecida preferência (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Profissionais de saúde e estudantes demandam por programas educacionais que os preparem para atuarem nesse novo cenário e, principalmente instituições na América do Norte, estão criando novas iniciativas, não havendo, no entanto, uma linha comum de conteúdos específicos para essa formação (MACFARLANE; JACOBS; KAAYA, 2008). De forma contrária, não há uma tendência tão marcada de iniciativas em instituições de ensino nos países do mundo em desenvolvimento, talvez porque a saúde global esteja sendo definida por instituições de nações ricas que desenvolvem trabalhos em países de renda média e baixa, de modo que esse movimento pode levar ao risco da criação de uma área cujas atividades visem o benefício desses países, apenas sob as lentes daqueles, sem um esforço colaborativo ou acordos mútuos (MACFARLANE; JACOBS; KAAYA, 2008).

Para Palmer (2015), a principal diferença entre os dois termos é que a saúde internacional conotaria “as atividades coordenadas de saúde pública e necessidades de Estado-nação”, enquanto que a saúde global sinalizaria a “atenção a necessidades básicas de saúde da população de todo o mundo, bem como atividades de saúde fora do controle soberano total de Estados”. Já Cueto (2015) fala em duas perspectivas de abordagem da Saúde Global, uma “com ênfase no uso de tecnologias modernas para controle de doenças, nos chamados à caridade dos doadores privados e no argumento de que programas eficientes de saúde pública são fatores essenciais ao crescimento econômico” e outra perspectiva promoveria reformas sociais para reduzir as desigualdades entre os países e dentro dos Estados.

O quadro na próxima página mostra algumas das principais características da saúde internacional e da global:

	<b>Saúde Internacional</b>	<b>Saúde Global</b>
Alcance geográfico	Concentra-se em questões de saúde de outros países, especialmente os de baixa e média renda.	Concentra-se em questões que afetam direta ou indiretamente a saúde, mas que podem transcender as fronteiras nacionais.
Nível de cooperação	Desenvolvimento e implementação de soluções usualmente requerem cooperação binacional.	Desenvolvimento e implementação de soluções frequentemente requerem cooperação global.
Indivíduos ou populações	Engloba prevenção em populações e atenção clínica individual	Engloba prevenção em populações e atenção clínica individual
Acesso à saúde	Busca ajudar pessoas de outros países	Equidade de saúde entre países e para todos povos é o objetivo principal.
Disciplinas	Engloba algumas disciplinas, mas não foca na multidisciplinaridade.	Alta interdisciplinaridade e multidisciplinaridade através e além das ciências da saúde.

### **Quadro 2 – Saúde Internacional e Saúde Global**

Fonte: Adaptado de *Towards a common definition of global health*<sup>14</sup> (KOPLAN et al., 2009)

Diversas instituições na Europa e na América do Norte oferecem cursos ou disciplinas de Saúde Global, Saúde Internacional ou Medicina Tropical com a possibilidade de vivências em países da América do Sul e do Brasil. Não seria essa a repetição de uma mesma e antiga fórmula colonialista que toma o conhecimento como privilégio do Norte?

Sem mudanças de ordem prática, sem uma geral alteração do padrão vertical das atividades de cooperação para relações horizontais, a mudança de “internacional” para “global” corre o risco de ser apenas semântica. Buss e Ferreira (2010), ao discutirem sobre cooperação internacional em saúde, apresentam o caso de um ex-Ministro de Saúde de Moçambique que descobre, ao assumir, que era, de alguma forma, “ministro de projetos de saúde executados por estrangeiros”. Essa é a realidade de muitos países em desenvolvimento e a transformação dessa situação depende de diversos fatores, entre eles, a educação de discentes que vise a formação de profissionais engajados com a redução de desigualdades entre os povos e práticas de governança construídas com o envolvimento de todos os atores atingidos. Chega-se, assim, ao momento de esclarecer qual é a definição de “governança global em saúde”, que será referenciada ao longo dessa dissertação. Para tanto, utiliza-se a concepção de Fidler (2010), que entende a governança global em saúde como “O uso de instituições, regras e processos formais e informais por estados, instituições intergovernamentais e atores não estatais para lidar com

<sup>14</sup> Tradução livre: Rumo a uma definição comum de saúde global.

---

desafios para a saúde que exigem ação coletiva transfronteiriça para serem abordadas eficazmente”<sup>15</sup>.

Após abordar as diferenças entre os dois termos, parte-se, no próximo capítulo, para uma apresentação da principal instituição normativa de saúde no mundo, a Organização Mundial da Saúde. Como os objetivos dessa Dissertação tratam do histórico da cooperação da OMS com agentes não estatais e do papel da Agência como reguladora dos temas sanitários, buscou-se centrar o presente capítulo nesses dois temas.

---

<sup>15</sup> No original: the use of formal and informal institutions, rules, and processes by states, intergovernmental institutions, and non-state actors to deal with challenges to health that require crossborder collective action to address effectively

---

## ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

A Organização Mundial da Saúde é uma agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU), ou seja, uma organização autônoma que trabalha em colaboração com a ONU (UNITED NATIONS, 2016) e cuja função no Sistema das Nações Unidas é a de dirigir e coordenar a saúde internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A ideia de criação da Organização foi concebida na conferência de fundação da ONU, em abril de 1945, quando representantes do Brasil e da China propuseram a criação de uma organização internacional de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958). A OMS não foi, no entanto, a primeira iniciativa de cooperação internacional em saúde. Conforme Cueto (2015), as primeiras ações dos governos visando articular esforços para o combate de pandemias ocorreram no Século XIX e, no período de 1851 a 1913, foram organizadas um total de 11 conferências sanitárias internacionais, com o objetivo de regulamentar normas de quarentena e isolamento de passageiros que apresentassem suspeita de cólera, visando não apenas proteger as demais pessoas, mas também, “evitar prejuízos ao comércio marítimo, motor da economia industrial” (p. 18).

Em 1902, é criada a mais antiga agência internacional de saúde do mundo (PAIVA, 2006), a Repartição Sanitária Pan-Americana (PASB, do inglês *Pan American Sanitary Bureau*), que viria a ser renomeada em 1958 de Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Nos anos de 1907 e 1920, respectivamente, são criados o Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, do francês *Office International d'Hygiène Publique*) e a Organização de Saúde da Liga das Nações - supunha-se que o OIHP seria incorporado ao quadro administrativo da Liga; no entanto, no último momento, os Estados Unidos da América (EUA), que era um membro da OIHP mas não da Liga, vetou esta fusão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Com a criação da OMS, a agência absorveu a OIHP e a Organização de Saúde da Liga das Nações e considerou a PASB como sua representante regional no continente americano, tendo posteriormente criado outros escritórios regionais (CUETO, 2015).

Os princípios que regem as ações da OMS foram apresentados pela Conferência Internacional de Saúde, em 1946, ano em que sua Constituição foi adotada por 61 países (51 membros das Nações Unidas e 10 outros países). A OMS viria a ser fundada em 7 de abril de 1948, quando foi ratificada pelo 26º país dos 61 que assinaram a Constituição em 1946 – condição prevista pelo artigo 80 do documento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Desde então, emendas na Constituição foram adotadas em quatro Assembleias Mundiais da

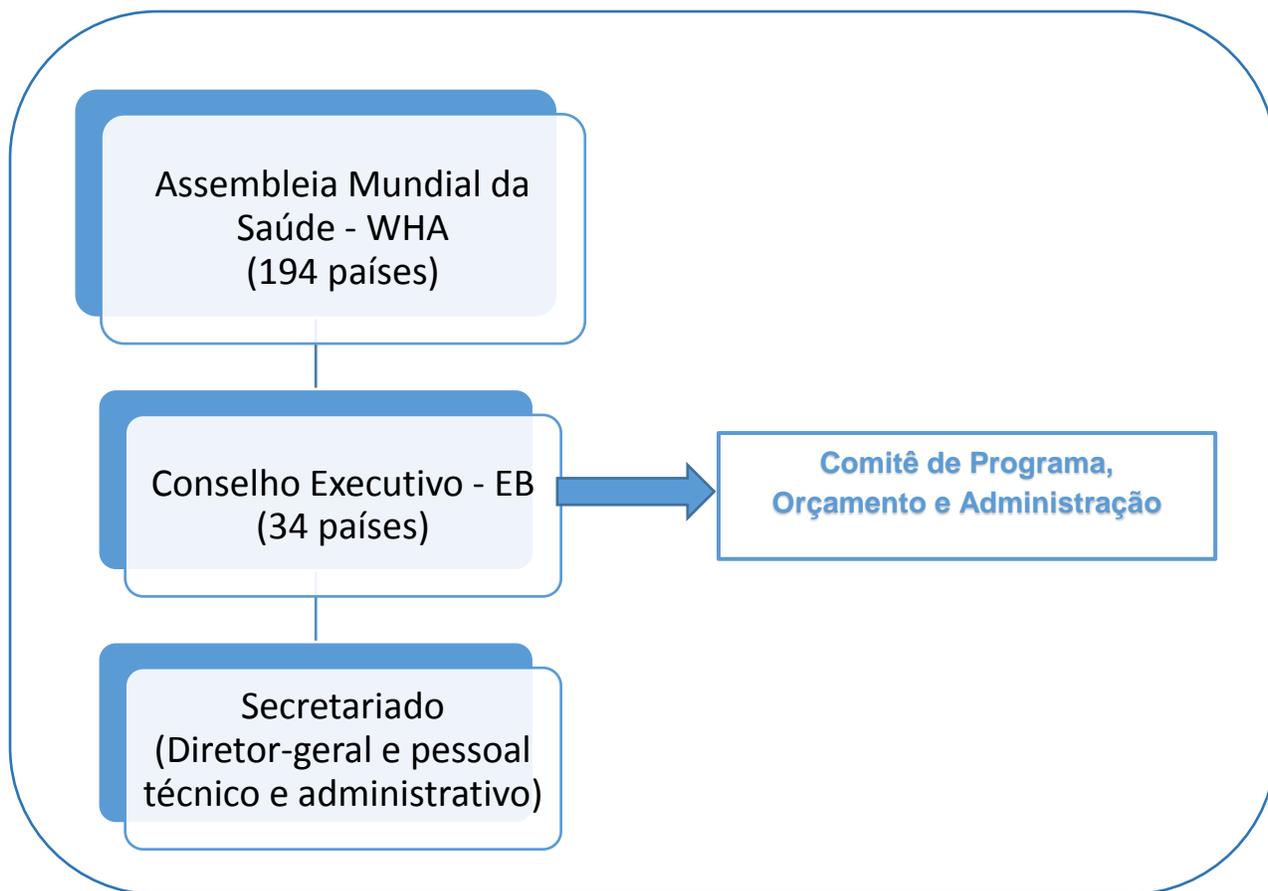
Saúde (WHA, do Inglês *World Health Assembly*): WHA26, em 1977; WHA29, em 1984; WHA39, em 1994 e WHA51, em 2005 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a), que não alteraram substancialmente seu texto. Ventura e Perez (2014) destacam que, na década de 1990, houve movimentos para alterações mais profundas no texto de 1946, com a criação, em uma das ocasiões, de grupo de trabalho que sugeriu – entre outras alterações – o endurecimento das sanções relativas ao não pagamento das obrigações financeiras. No entanto, nenhuma das propostas desse grupo foi aceita (BURCI; VIGNES apud VENTURA; PEREZ, 2014). Em relação à colaboração com outros organismos e agências, a Constituição da OMS diz que uma de suas funções é a de estabelecer e manter relações eficazes com as Nações Unidas (ONU), agências especializadas, grupos profissionais e outras organizações que a Assembleia julgar adequadas ao seu objetivo: o mais alto grau de saúde possível para todos os povos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). Outra função é a de promover cooperação entre grupos científicos e profissionais que contribuam com o avanço da saúde.

### **Estrutura de Governança**

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde conta com 194 Estados-Membros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016c)<sup>16</sup>. Todos os países que são membros da ONU podem se tornar membros da OMS assinando ou aceitando sua Constituição. Outros países podem ser admitidos quando seus pedidos de ingresso são aprovados por maioria simples de votos da Assembleia da Saúde. Os territórios que não são responsáveis pela condução das suas relações internacionais podem ser admitidos como Associados pela Assembleia da Saúde, por pedido feito em nome de tais territórios ou grupos de territórios pelo Estado-Membro ou outra autoridade que tenha a responsabilidade das suas relações internacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). A figura na próxima página mostra a estrutura da governança da Organização, baseada em sua Constituição:

---

<sup>16</sup> Lista de países membros da OMS separados pela região a que pertencem: [www.who.int/choice/demography/by\\_country/en](http://www.who.int/choice/demography/by_country/en)



**Figura 1: Estrutura de governança da OMS**

Fonte: elaboração própria de acordo com a Constituição da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a)

Os principais órgãos deliberativos da OMS são a Assembleia Mundial da Saúde (WHA), o Conselho Executivo e o Secretariado. A WHA tem como principal função determinar as políticas da Organização e dela participam todos os 194 membros da Organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016d). Cada delegação pode ser composta por até três membros, sendo um dos quais o chefe da representação, no entanto, suplentes e consultores que se alternam durante as reuniões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). Na prática, alguns países comparecem às reuniões dos órgãos diretivos com delegações compostas por apenas um ou dois componentes, enquanto outros governos enviam representações com diversos integrantes. Na relação de delegados da 70ª Assembleia Mundial da Saúde (WHA70), por exemplo, Belize, Dominica, Palau, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas contavam com apenas um representante. Já o Reino Unido tinha em sua delegação 38 membros, os Estados Unidos da América, 47 e a Rússia inscreveu 52 e a Tailândia 55 delegados (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2017).

A maior parte dos países enviaram para a WHA68 delegações compostas por funcionários de seus Ministérios da Saúde, de seu Corpo Diplomático ou pesquisadores, os Estados Unidos enviaram também um membro da *GE Foundation* (organização filantrópica da *General Eletrics*) e o Brasil, um vice-governador e um deputado federal. Entre as suas funções, a Assembleia, de acordo com sua Constituição, deve convidar organizações, internacionais ou nacionais, governamentais ou não governamentais, as quais tenham responsabilidades relacionadas com as da Organização, a designar representantes para participar, sem direito de voto, nas suas reuniões ou nas das comissões e conferências (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2017).

O Conselho Executivo da OMS (EB, do inglês, *Executive Board*) é composto por 34 membros, representantes dos países que formam a Organização, e que se elegem para um mandato de três anos<sup>17</sup>. A principal reunião do EB, usualmente em janeiro, decide a agenda da Assembleia seguinte, assim como adota resoluções a serem submetidas para a WHA. Após a Assembleia, ocorre outro EB para tratar de assuntos administrativos. As principais funções do Conselho Executivo são dar seguimento às decisões e políticas da WHA, assessorá-la e facilitar seu trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016d). A Constituição da OMS não especifica o local da realização das Assembleias e dos EB e seu texto indica que cada reunião deve decidir local e data da próxima reunião (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a).

O Conselho Executivo e a Assembleia da Saúde podem estabelecer Comissões que considerem necessárias para servir a qualquer propósito dentro das competências da Organização: estão também a cargo das duas estruturas convocar Conferências locais, técnicas e especiais para estudar qualquer assunto dentro da competência da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a).

Por fim, o Secretariado da OMS é composto por seu Diretor-Geral (DG) e pelo pessoal técnico e administrativo requerido pela Organização, sendo que o DG é nomeado pela Assembleia por indicação do Conselho Executivo nos termos que a Assembleia determine (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016d). O DG é o principal funcionário técnico e administrativo da OMS e é o Secretário *ex officio* da Assembleia Mundial da Saúde, do Conselho Executivo e de todas as

---

<sup>17</sup> A 70ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou a escolha de representantes de 10 novos países para o Conselho Executivo: Benin, Brasil, Geórgia, Iraque, Itália, Japão, Sri Lanka, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia. Integram ainda o Conselho Executivo representantes dos seguintes países: Argélia, Barém, Butão, Burundi, Canadá, Cazaquistão, Colômbia, Fiji, Filipinas, França, Holanda, Jamaica, Japão, Jordânia, Líbia, Malta, México, Nova Zelândia, Paquistão, República do Congo, República Dominicana, Suécia, Tailândia, Turquia e Vietnã (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017e).

comissões e comitês da OMS e de suas conferências, podendo delegar tais funções. É também responsável por preparar e submeter ao EB os balanços e os projetos orçamentários da Organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). A tabela abaixo mostra todos os Diretores-Gerais da Organização Mundial da Saúde:

<b>Nome</b>	<b>País</b>	<b>Formação</b>	<b>Mandato</b>
<b>Tedros Adhanom</b>	Etiópia	Biólogo – Saúde Comunitária	Desde 1º de Julho de 2017
<b>Margaret Chan</b>	China	Médica	2007-2017
<b>Anders Nordström<sup>18</sup></b>	Suécia	Médico	23 de maio de 2006 a 3 de janeiro de 2007
<b>Lee Jong-wook</b>	Coréia do Sul	Médico – Saúde Pública	28 de janeiro de 2003 a 22 de maio de 2006
<b>Gro Harlem Brundtland</b>	Noruega	Médico – Saúde Pública	1998-2003
<b>Hiroshi Nakajima</b>	Japão	Médico – Ciências Médicas	1988-1998
<b>Halfdan T. Mahler</b>	Dinamarca	Médico – Saúde Pública	1973-1988
<b>Marcolino Gomes Candau</b>	Brasil	Médico – Higiene e Saúde Pública	1953-1973
<b>Brock Chisholm</b>	Canadá	Médico - Psiquiatria	1948-1953

#### **Quadro 2: Diretores-Gerais da OMS**

Fonte: WHO, 2017a

O atual Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde é o Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, biólogo, mestre em Imunologia de Doenças Infecciosas e doutor em Saúde Comunitária e teve sua candidatura enviada pela Etiópia e apoiada pela União Africana (WHO. ADHANOM, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b). O Dr. Tedros Adhanom foi eleito pelos Estados Membros da OMS na 70ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2017, tomou posse em 1º de julho do mesmo ano e baseia sua gestão em cinco eixos prioritários: uma OMS transformada (reforçar a liderança e a eficácia da Agência), Saúde para Todos (promoção da Estratégia de Cobertura Universal), segurança sanitária, saúde de mulheres

<sup>18</sup> Nomeado pela Diretoria Executiva como DG interino, após a morte do Dr. Lee Jong-wook.

---

crianças e adolescentes, impactos sanitários da mudança climática e ambiental (WHO. ADHANOM, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016e).

O primeiro item da agenda de gestão do novo Diretor-Geral reflete questões cujo debate intensificou-se há aproximadamente 40 anos, liderança, gestão eficiente e financiamento adequado às demandas da organização. O próximo capítulo mostra como, desde sua constituição até a atualidade, a OMS passou de líder soberana na governança global financiada maciçamente por seus Estados Membros a dirigente em um espaço repleto de novos atores que disputam o controle da gestão da saúde e financiada significativamente por entidades não estatais.

## A GOVERNANÇA GLOBAL EM SAÚDE E A ATUAÇÃO DE ATORES NÃO ESTATAIS

A Paz de *Westphalia* (1648) inaugura a ideia de Sistema Internacional com a criação do conceito moderno de Estado, unidades políticas centralizadas com as seguintes características: uma população, um território e soberania (CASTRO, 2012). Até o Século XX, o grande palco das relações internacionais era marcado por um sistema estatocêntrico internacional, ou seja, com Estados como únicos protagonistas (Marques, 2008). Com as transformações do último Século, não apenas novos Estados surgiram, como também houve a emergência de uma gama de atores diversa, conformando ao sistema internacional uma heterogeneidade de componentes entre Estados e atores não estatais – um quadro complexo e dinâmico no qual toda tentativa de regulação é difícil (Merle, 1981). No campo da saúde, Kickbusch e Berger (2010) entendem que essa dinamicidade do contexto global, que muda muito rapidamente, exige esforços integrados envolvendo diversificada gama de atores estatais e não estatais. **O presente capítulo mostra os resultados encontrados após o estudo dos 33 documentos selecionados, ou seja, conta a história das relações da Organização Mundial da Saúde com os atores não estatais.**

O termo “governança” denota a regulação das relações interdependentes, na ausência de autoridade política abrangente, como ocorre no sistema internacional (Ralph Bunche Institute for International Studies, 2009). Fidler (2010) conceitua o termo “Governança Global em Saúde” como o “uso de instituições formais e informais, regras e processos pelos Estados, organizações intergovernamentais e atores não estatais para lidar com desafios para a saúde que requerem ações transfronteiriças coletivas para serem resolvidos eficazmente” (p. 3, tradução nossa)<sup>19</sup>.

A dinâmica de governança e funcionamento da OMS é caracterizada pela relação que a Agência mantém com uma série de atores não estatais, além daquelas mantidas com seus Estados-Membros. O envolvimento de agentes não estatais na governança de saúde não é um fenômeno recente, estando, como já mencionado, previsto na Constituição da OMS. Além disso, uma importante organização internacional, a PASB, era coordenada por Fred L. Soper, quando da criação da OMS (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Soper era “homem poderoso na saúde pública internacional” e, antes de assumir suas funções na PASB, fora funcionário da Fundação Rockefeller, na qual atuou por uma década no Brasil e no Paraguai “como supervisor de missão das campanhas de erradicação da ancilostomíase” (PALMER, 2015, p. 25).

---

<sup>19</sup> No original: the use of formal and informal institutions, rules, and processes by states, intergovernmental organizations, and nonstate actors to deal with challenges to health that require cross-border collective action to address effectively.

A Fundação Rockefeller foi constituída em 1913 com a finalidade de receber e manter um fundo ou fundos e aplicar sua renda na promoção do bem-estar da humanidade em todo o mundo (ROCKEFELLER FOUNDATION, 1913). Conforme consta na carta de constituição da Fundação (1913), um de seus fundadores foi Simon Flexner, médico patologista e homem de confiança do primeiro presidente da Rockefeller, John D. Rockefeller Jr. (AMERICAN PHILOSOPHICAL SOCIETY, 2003; THE ROCKEFELLER FOUNDATION, 2013). Simon Flexner era irmão de Abraham Flexner, autor do Relatório Flexner e “guru em políticas médicas da Fundação Rockefeller” (AMERICAN PHILOSOPHICAL SOCIETY, 2003; INSTITUTE FOR ADVANCED STUDY, 2009; PALMER, 2015, p. 100). Com o incentivo da Fundação Rockefeller (THE ROCKEFELLER FOUNDATION, 2013), o Relatório Flexner viria a ser uma espécie de guia para a formação de médicos no mundo ocidental, principalmente na Américas (INSTITUTE FOR ADVANCED STUDY, 2013).

A Fundação Rockefeller é um exemplo de como uma organização não governamental pode exercer influências importantes em diversas esferas. Foi criada em um contexto de diversificação de atores, bem menor do que na atualidade. No entanto, como já foi mencionado anteriormente, o Século XX foi um período de transformações, e o palco das relações internacionais não é estático, pelo contrário, e, como nunca antes, tem mais atores envolvidos. As próximas subseções apresentam uma história naturalmente inacabada. Cada ato representa um período da história da OMS sob a ótica de sua atuação com os demais atores da governança global em saúde. Os atos são apenas uma tentativa de, didaticamente, trazer as características de cada período. Não se pode, no entanto, esquecer a dinamicidade desse grande teatro, no qual os atores se renovam e se reinventam, conformando um concerto cujos próximos atos dificilmente poderiam ser previstos com precisão.

## **I Ato: a constituição da Organização Mundial da Saúde**

A Conferência Internacional da Saúde (CIS), ocorrida em 1946 e que teve por consequência a criação da OMS, foi a primeira conferência internacional celebrada sob os auspícios das Nações Unidas, sete meses após a primeira Assembleia Geral das Nações Unidas. Participaram da CIS delegados dos 51 Estados-Membros das Nações Unidas, 13 Estados não membros convidados pelo Conselho Econômico e Social, autoridades aliadas da ocupação na Alemanha, representantes observadores do Japão e da Coreia – como atores estatais. Como atores não estatais, receberam convites a Liga de Sociedades da Cruz Vermelha, a Federação Sindical

---

Mundial e a Fundação Rockefeller. Os trabalhos da CIS de elaboração da Constituição da OMS levaram quatro semanas e meia e o documento, de acordo com a publicação OMS – os 10 primeiros anos (1958) refletiu a importância atribuída aos arranjos de ação conjunta e colaboração mundial próprios do período pós Segunda Guerra Mundial. Dessa forma, a colaboração com as Nações Unidas e com organismos especializados de determinadas áreas e o fomento da cooperação com grupos científicos e profissionais com potencial de contribuir para a melhoria da saúde aparece como uma das funções da Organização. O capítulo XVI autoriza a consulta e a cooperação com organizações internacionais não governamentais e mesmo nacionais desde que com a autorização de seu país de origem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958).

A CIS também criou uma Comissão Interina que ficou incumbida, entre outras atividades, de preparar a primeira Assembleia Mundial da Saúde (WHA), que viria a ocorrer em junho de 1948, pouco mais de dois meses após a o nascimento da OMS, em abril do mesmo ano. À primeira WHA, a Comissão Interina apresentou suas preocupações acerca das relações da Organização Mundial da Saúde com a Organização das Nações Unidas, com seus órgãos especializados e com as organizações não governamentais, de forma que foi constituído um Comitê de Relações que ficou encarregado de estudar a natureza e o alcance das atividades de colaboração que se estabeleceriam. Da mesma forma, a Comissão Interina pensou especificamente nas relações com as organizações não governamentais e, entendendo que a colaboração com associações privadas de caráter técnico e profissional poderia ser útil para a Agência, criou um subcomitê especial com o objetivo de elaborar critérios de admissão para uma organização não governamental estabelecer relações oficiais com a OMS, para estabelecer procedimentos de admissão dessas organizações e para definir os privilégios conferidos por essas parcerias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958).

O Conselho Executivo, estabelecido pela primeira Assembleia Mundial da Saúde, estabeleceu o Comitê Permanente de Organizações Não Governamentais, composto por cinco integrantes indicados pelos Estados-Membros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1973). O Comitê Permanente viria a encontrar-se, até o ano de 2016, por períodos que variaram ao longo da história da OMS a cada 2 ou 3 anos, além de analisar anualmente, em janeiro, os pedidos de estabelecimento de relações por parte de organismos não governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958). Para presidência do Comitê, foi escolhido o brasileiro Geraldo Horácio de Paula Souza. G. H. Paula Souza foi um dos delegados que, na conferência de constituição da ONU, convenceu os demais sobre a importância de uma agência internacional de saúde (CUETO,

2015). Formado em Farmácia e Medicina, estudou Saúde Pública na recém-criada *John Hopkins University*, nos EUA, como bolsista da Fundação Rockefeller e, antes da criação da OMS, atuara como técnico da Seção de Higiene da Liga das Nações (RODRIGUES, 2008). O brasileiro foi novamente escolhido, em 1950 para a presidência do Comitê. Geraldo Horácio de Paula Souza faleceu em maio de 1951 (RODRIGUES, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958).

As discussões sobre quais pré-requisitos as organizações não governamentais deveriam cumprir para estabelecerem relações oficiais com a OMS não findaram na primeira Assembleia Mundial da Saúde. A terceira WHA, realizada em 1950, definiu as características que as organizações deviam reunir para manter colaboração com a OMS, os privilégios e as obrigações impostas como consequência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958). Esses princípios viriam a ser alterados substancialmente apenas na quadragésima Assembleia Mundial da Saúde, em 1987 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a), uma discussão para os Atos II e III. Os princípios que regeram as relações da OMS com organizações não governamentais de 1950 a 1987 serão apresentados em seguida. O quinto Conselho Executivo, ocorrido de 16 de janeiro a 02 de fevereiro de 1950, seguindo as recomendações do Comitê Permanente para Organizações Não Governamentais, reafirmou que a Agência, ao estabelecer relações com organizações não governamentais, deveria atuar em conformidade com as resoluções da Assembleia Geral ou do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas.

A organização deve cumprir os seguintes critérios (OMS. COMITÊ PERMANENTE PARA ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS, 1950; OMS. CONSELHO EXECUTIVO, 1950):

- Ocupar-se de questões de competência da OMS;
- Ter objetivos e propósitos que estejam em conformidade com o espírito, os propósitos e os princípios da Constituição da OMS;
- Deve ter autoridade reconhecida e representar uma proporção considerável das pessoas interessadas na sua esfera de atividade. Para isso, um grupo de organizações pode formar uma comissão conjunta ou outra organização autorizada a atuar pelo grupo;
- Deve ter um corpo diretivo e autoridade para falar em nome de seus associados através de representantes devidamente autorizados;
- A organização deve ser internacional em estrutura e escopo, com membros que tenham direito a voto sobre suas políticas ou ações;
- Salvo em casos excepcionais, uma organização nacional que seja afiliada a uma organização internacional não governamental que trate do mesmo assunto internacionalmente pode apresentar suas concepções através de seu governo ou através

---

da organização internacional não governamental a que está afiliada. No entanto, uma organização nacional pode ser incluída na lista após consulta e consentimento do Estado-Membro de sua nacionalidade, se as atividades da organização não são cobertas por nenhuma outra organização internacional ou se oferece experiência a qual a OMS gostaria de obter;

- Não pode ser setorial.

As candidaturas poderiam se dar espontaneamente por parte da organização não governamental ou por convite da OMS e passavam pela análise do Comitê Permanente de Organizações Não Governamentais. O Comitê analisava, recomendando o aceite ou a recusa da solicitação, cabendo a ele a decisão definitiva. A lista de organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS era revisada em períodos que variaram de dois a quatro anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1958, 1968), quando se determinava se ainda era conveniente à Agência manter essa colaboração. Cada organização tinha o direito de designar um representante para participar, sem direito a voto, das reuniões da Agência, podiam fazer uso da palavra sobre algum assunto no qual tivessem interesse particular, ter acesso a documentos que não sejam confidenciais e apresentar notas ao DG, que decidia sobre a índole e a amplitude que a divulgação poderia ter. Definiu-se que os representantes das organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS estavam autorizados a assistir às sessões plenárias e às reuniões das comissões principais e, se autorizados pelo Presidente, podiam fazer uso da palavra.

Dessa forma, a sexta reunião do Conselho Executivo (de junho de 1950), seguindo as recomendações do Comitê Permanente de Organizações Não Governamentais, entendeu que uma estrutura de organizações internacionais não governamentais em relações oficiais com a OMS já estava estabelecida. O Conselho Executivo, reconhecendo a importância que essas organizações tinham no campo da saúde, conclamou-as a estimularem a formação de corpos nacionais em seus campos de atuação nos países nos quais isso ainda não existisse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1950).

Baseados nos relatórios do Comitê Permanente para Organizações não Governamentais, os EB 1 e 2 aprovaram as primeiras colaborações entre a OMS e atores não estatais. Dessa forma, no final do ano de 1948, 16 organizações não governamentais passaram a manter relações oficiais com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 1948a, 1948b). Essa lista pode ser lida no anexo I dessa dissertação. Esse número não pararia de

---

crescer e, no ano de 1957, a Agência mantinha relações oficiais com 43 organizações não governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958). A lista com essas organizações pode ser encontrada no anexo II dessa dissertação.

## **II Ato: A Guerra Fria**

O interesse em saúde internacional por parte da Fundação Rockefeller diminuiu no início dos anos 1950 e um dos resultados desse processo foi a ida de parte de seus quadros de saúde para agências internacionais, um desses profissionais foi Fred Lowe Soper (CUETO, 2015). Soper foi eleito diretor da PASB em 1947 e conduziu o processo de transição da PASB em escritório da OMS para Região das Américas, tendo se aposentado do cargo em 1959 (PAHO FOUNDATION, 2015; UNITED STATES NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2003).

O segundo Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, o brasileiro Marcolino Candau (1953-1973) apoiava o trabalho de Soper, cujas ideias eram contrárias à perspectiva da medicina social – defendida por Brock Chrisholm, primeiro DG da organização, e por boa parte dos demais fundadores da OMS (CUETO, 2015). Soper, a quem Candau chamava de “comandante” havia coordenado atividades do brasileiro em programas verticais de controle da malária da Fundação Rockefeller no Brasil (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

A gestão de Candau foi responsável por melhorias na infraestrutura e na equipe de profissionais, tendo marcado também um momento de grande prestígio da OMS (CUETO, 2015). Coube também a Candau adaptar o funcionamento da agência à competição no mundo bipolar daquela época, no contexto de disputa pela liderança entre os Estados Unidos da América e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Os EUA buscavam conter o avanço soviético, enquanto a URSS intensificava sua intervenção nos países que considerava estratégicos (CUETO, 2015). Influenciados pela morte de Stalin e pela ascensão de Nikita Khrushchev e sua diplomacia baseada na “coexistência pacífica”, os soviéticos – que haviam se retirado da Organização em 1949, ainda na gestão de Chrisholm - voltaram à OMS em 1955 (BROWN; CUETO; FEE, 2006), no início da era Candau na Organização. Este grupo de países alegava insatisfação com os trabalhos da ONU e da OMS. Outros fatores de descontentamento estavam relacionados a menor assistência recebida por eles por parte da ONU e dos EUA, em comparação com o auxílio destinado à Europa Ocidental (CUETO, 2015), e o fato de enxergarem a OMS como vinculada aos interesses dos EUA (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Os Estados Unidos da América viam na erradicação da malária a possibilidade de criação de mercados para seus produtos com o decorrente crescimento econômico; assim, conseguiu a aprovação, na oitava WHA, realizada na Cidade do México, da campanha para a erradicação dessa doença (que já havia sido aprovada no ano anterior, 1954, na Assembleia da Repartição Sanitária Pan-Americana, dirigida por Soper) (BROWN; CUETO; FEE, 2006). O programa baseava-se no uso do DDT<sup>20</sup> para matar mosquitos e em novas drogas antimaláricas sendo administrado por especialistas estrangeiros, com pouco envolvimento da população local (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Após sucessivos fracassos nesse programa, a 22ª WHA reconheceu a inviabilidade de erradicar a doença em diversos países, voltando a métodos anteriores de controle da malária (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Concomitantemente ao esforço estadunidense de combate à malária, a URSS tentava implementar estratégias de erradicação da varíola e “deixar sua marca na saúde internacional” (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 630). A URSS e Cuba ofereceram, respectivamente, 25 milhões e 2 milhões de doses de vacina da varíola e a 12ª WHA, de 1959, aprovou o programa de erradicação da doença. Em 1965, na 18ª WHA, os EUA comprometeram-se a apoiar um programa de erradicação da varíola e, em 1967, a OMS inicia o Programa Intensificado de Erradicação da Varíola, liderado pelo estadunidense Donald Henderson que teve excelentes resultados (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

De acordo com a publicação da OMS “Os 20 primeiros anos”, apesar da revisão feita pelo 29º EB, em 1962, no campo da coordenação com demais atores, as bases para a cooperação e os arranjos feitos para garantir a coordenação com as organizações não governamentais não mudaram durante a gestão de Candau (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1968). A leitura das resoluções do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde e dos materiais produzidos pelo Comitê Permanente para Organizações não Governamentais mostra que o debate sobre essas parcerias seguiu sendo feito ao longo desse período, seja por estudos sobre seus efeitos na OMS, seja por emendas feitas aos regulamentos da Organização, como será apresentado a seguir. O tema esteve sempre presente nas discussões da OMS e alterações foram sendo feitas à medida que esses processos de parceria se ampliavam em escopo de atuação e em número de organizações envolvidas. Em 1955, o Conselho Executivo solicitou ao Diretor-Geral da OMS a preparação de um relatório sobre a atuação dos organismos não governamentais na Organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 1955a, 1956). Entre as preocupações do EB estavam questionamentos sobre a utilidade para a OMS das atividades

---

<sup>20</sup> Acrônimo para Diclorodifeniltricloroetano, o primeiro pesticida moderno.

---

desenvolvidas com as Organizações não Governamentais em Relações Oficiais com a OMS e o custo oriundo desses processos.

Como resposta a essa solicitação, Marcolino Candau apresentou uma síntese relativa ao funcionamento dessas parcerias desde a criação da Organização Mundial da Saúde. Sobre os possíveis custos das relações da OMS com as organizações não estatais, naquela época, estariam: (a) os custos para enviar seus representantes para reuniões ou conferências realizadas por organizações não governamentais (ainda que Candau estimasse que esse custo existiria mesmo que os mecanismos para cooperação com esses agentes nunca tivessem sido estabelecidos), (b) o salário de um funcionário, que lidava também com as demais relações externas da OMS, (c) valores insignificantes usados nas correspondências e serviços postais e (d) subsídios concedidos para a realização de estudos e outros trabalhos, de acordo com Candau, necessários para cumprir os programas de trabalho da OMS. As reuniões do Comitê Permanente para Organizações não Governamentais e os convites feitos para representantes das organizações para comparecerem às reuniões da OMS não gerariam despesas adicionais para a Organização. Ou seja, para Candau, o estabelecimento e a manutenção de relações oficiais com organizações não governamentais não implicava em grandes despesas adicionais para a Organização, trazendo, adicionalmente, benefícios para seu trabalho, ajudando a tornar mais conhecidos os princípios de sua Constituição e o papel da OMS no mundo, contribuindo, também, em campos específicos de atividade nos quais não seria possível atuar sem assistência de uma organização não governamental (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 1955b, 1956).

Já a decisão 56 do 29º Conselho Executivo da OMS (EB29R56, de 1962) tratou da ampliação das atividades colaborativas com as organizações não governamentais através de alguns mecanismos como:

- Participação de funcionários de organizações não governamentais em painéis consultivos de especialistas;
- Estímulo do contato próximo e intercâmbio de visões entre organizações de campos específicos e a equipe técnica da OMS;
- Convite para participação de atores externos à OMS em comitês de especialistas, em grupos científicos, em conferências técnicas, em conferências regionais e inter-regionais, em seminários e em simpósios promovidos pela OMS;
- Apoio dessas organizações no desenvolvimento de nomenclaturas, metodologias e atividades similares;

- Fomento às organizações para que usem seus contatos nacionais e internacionais a fim de disseminar as informações técnicas e as políticas desenvolvidas pela OMS para promoção da educação em saúde e melhorias das condições sanitárias;
- Utilização das organizações não governamentais para obtenção de informações junto a organismos profissionais e indivíduos, assim como para a realização de pesquisas e investigações científicas;
- Realização de conferências conjuntas entre a OMS e as organizações não governamentais para troca de conhecimentos e disseminação de informações e
- Regulamentação para conceder auxílios financeiros a fim de apoiar estudos ou pesquisas realizadas em nome da OMS.

O número de entidades não governamentais seguiria aumentando, e, em 1967, 71 organizações não governamentais mantinham relações oficiais com a OMS – 28 a mais que em 1957 – enquadravam-se em duas categorias principais: aquelas “envolvidas em algum ramo particular da ciências ou da pesquisa médica” e aquelas que representavam “um interesse mais geral, como a Federação Mundial das Associações das Nações Unidas, a Liga das Sociedades da Cruz Vermelha ou o Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1968, p. 284).

No período pós-guerra, os EUA foram os principais financiadores da OMS e suas contribuições ultrapassavam os 33% do orçamento total da agência, desfrutando também de boa influência na Organização, o que era evidenciado pelo fato do país, geralmente, receber a maioria de votos nas WHA (CUETO, 2015). A questão do financiamento ainda era motivo de preocupação nos anos 1970. Em 1972, o Conselho Executivo solicitou ao Diretor-Geral que mantivesse seus esforços para obter mais contribuições voluntárias, tanto de fontes governamentais, quanto de não governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1973). Em 1973, o Diretor-Geral solicitou ao Conselho Executivo que organizasse um estudo para avaliar os impactos desses recursos nas atividades da OMS, tendo em vista que fontes consideráveis de recursos já estavam sendo usadas na implementação de seus programas (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 1973).

Em 1977, Halfdan Theodor Mahler, terceiro Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, apresentou um relatório ao Conselho Executivo com um sumário da colaboração com as organizações não governamentais no período de 1975 a 1977 (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 1977), como preparação para a revisão trienal da lista de relações oficiais com a agência. O texto apresentou resultados de reunião para qual foram

---

convocadas organizações não governamentais selecionadas e que tinha como objetivo desenvolver métodos para fortalecer a colaboração. De acordo com o relatório, era claro que havia recursos inexplorados que poderiam ser utilizados nos programas da OMS e entusiasmo por parte das organizações em auxiliar essas atividades. O encontro também teria indicado o desejo de melhor coordenação entre as partes a fim de alinhar as atividades e evitar duplicações de ações. Da reunião também saíram sugestões como:

- Identificação de áreas para ações conjuntas envolvendo a OMS e uma ou mais organizações não governamentais;
- Preparação individual ou coletiva das organizações para participação nas reuniões da OMS, incluindo o Conselho Executivo, a Assembleia Mundial da Saúde e os comitês regionais;
- Participação mais ativa das organizações em discussões técnicas na Assembleia Mundial da Saúde;
- Envolvimento nos painéis consultivos de especialistas;
- Cooperação mais próxima com a OMS regional e nacionalmente com o objetivo de trabalhar mais estreitamente com as autoridades sanitárias locais no desenvolvimento dos serviços nacionais de saúde;
- Organização de reuniões entre as organizações não governamentais e a OMS para tratar de tópicos específicos.

O relatório de Mahler expressava que houve um esforço da OMS visando aumentar a participação das organizações não governamentais em comitês de especialistas e outros encontros técnicos e que o número dessas entidades convidadas a participar das reuniões aumentou no período analisado (1975-1977), tendo ocorrido situações em que as organizações não governamentais foram convidadas a fornecer a maior parte da documentação para as discussões que abordavam tópicos sobre os quais elas possuíam experiência. O Diretor-Geral ainda destacou que diversos especialistas de organizações não governamentais foram nomeados como membros dos painéis consultivos de especialistas da OMS e que a Organização compareceu a diversas reuniões convocadas pelas organizações não governamentais como congressos mundiais, reuniões técnicas e seminários. Mahler também falou sobre as diversas atividades conjuntas nas quais a OMS atuou e expressou os esforços que estavam sendo feitos para identificar áreas para futuras colaborações. Entre as ações realizadas conjuntamente, foram destacadas: iniciativas de combate à Tuberculose, de implementação de programas de Atenção Primária em Saúde, de Educação Médica, de saúde materna, entre outras.

---

No ano seguinte, em 1978, na 63ª Reunião do Conselho Executivo, Mahler informou que estava aperfeiçoando o regramento já existente referente à admissão de organizações não governamentais na lista de relações oficiais com a OMS em um relatório no qual manifestava suas intenções de “intensificar e melhorar a colaboração entre a OMS e as organizações não governamentais” (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 1979a, p. 136). O ponto principal veio a complementar uma decisão anterior que dizia que para realizar a solicitação de entrada na relação de organismos não governamentais em relações oficiais, era um pré-requisito a organização ter dois anos de atividades com a OMS. O documento apresentado por Mahler que informava ainda que, naquele ano, 118 organizações não governamentais mantinham relações oficiais com a OMS, gerou a decisão de 1978 (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 1978, 1979b), a qual definiu os procedimentos para as solicitações das entidades:

- Troca de correspondências entre a OMS e as organizações não governamentais que manifestassem interesse em estabelecer relações oficiais com a Organização, cujos conteúdos forneceriam uma base acordada para a colaboração durante o período de dois anos de relações de trabalho;
- Após este período, as duas partes realizariam uma avaliação conjunta das suas atividades comuns levando em consideração a base acordada para a colaboração, permitindo assim que a organização não governamental decida se quer fazer um pedido para estabelecer relações oficiais com a OMS, se deseja continuar com o período experimental e enviar solicitação no futuro ou se pretende declinar da intenção de estabelecer relações oficiais com a OMS;
- Dessa forma, o Conselho Executivo, ao considerar os pedidos das organizações terá mais informações específicas do Secretariado da OMS e da organização não governamental interessada sobre a colaboração acordada durante o período de trabalho;
- Para as avaliações futuras, realizadas de três em três anos, seria mensurada a colaboração realizada nos três anos anteriores e baseada na estrutura dessa parceria, acordada anteriormente em conjunto com as partes.

Essa discussão ocorria concomitantemente à organização da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, que definiu a meta de Saúde para Todos no ano 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978a). A Conferência ocorreu na cidade de Almaty, Cazaquistão (na época Alma Ata, República Socialista Soviética do Cazaquistão) e teve suas origens na iniciativa da União Soviética, que na 28ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1975, propôs a realização de uma

conferência internacional em saúde primária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a). A saúde também era um campo de disputa naquela época, já que americanos e soviéticos apoiavam modelos sanitários distintos: enquanto a URSS via uma relação entre as questões sociais e a saúde, tendo promovido também a nacionalização de seu sistema sanitário, os EUA se baseavam em um modelo misto de médicos públicos e privados e um sistema vertical focado em doenças (CUETO, 2015). Nesse contexto, a União Soviética viu na conferência a oportunidade para divulgar as conquistas socialistas na prestação de saúde para todos e para promover os benefícios do seu serviço de saúde estatal centralizado, na esperança de que esse sistema fosse adotado e implementado também nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a).

A Conferência, que foi organizada conjuntamente entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), contou com a presença de representantes de 134 países, de organizações do Sistema das Nações Unidas, de agências especializadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978b) e de 70 organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS, como participantes, não apenas como observadores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b). Como preparação para o evento, foram realizadas diversas reuniões nacionais, regionais e internacionais e a *World Federation of Public Health Associations* foi convidada para redigir um documento que representasse os entendimentos das organizações não governamentais em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Promoveu-se, dessa forma, o Congresso Internacional de Organizações Não Governamentais sobre Atenção Primária à Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978b) que teve como tema “Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva global” e discutiu o futuro papel e a responsabilidade do setor não governamental privado em proporcionar cuidados de saúde em áreas em desenvolvimento. O encontro revisou o conceito da APS, identificando questões centrais, especialmente no setor público e definindo abordagens alternativas para aumentar o apoio do setor privado, além de propor estratégias e objetivos nacionais para a APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). A versão final do relatório conjunto do Diretor-Geral da OMS e do Diretor Executivo da UNICEF sobre as discussões ocorridas em Alma Ata indica responsabilidades das organizações não governamentais na APS:

As organizações não governamentais nacionais e internacionais podem contribuir de forma útil para os programas da atenção primária à saúde, precisamente porque trabalham com a comunidade. Elas têm a mesma responsabilidade que as organizações governamentais internacionais, na medida em que fornecem suporte técnico e financeiro aos países e fariam bem em

---

assegurar que estes fossem canalizados para a promoção da atenção primária à saúde e seu sistema de apoio (OMS, 1978, p; 132, tradução nossa)<sup>21</sup>.

A resolução WHA34.36 foi o instrumento de adoção da Estratégia Global Saúde para Todos no Ano 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1981) e, em 1985, a OMS aprova a resolução WHA38.31, fazendo um chamado às organizações não governamentais nacionais e internacionais para que se envolvessem e apoiassem a “Saúde para Todos no Ano 2000”. A resolução reconheceu “o compromisso das organizações não-governamentais e a extensão dos recursos que podem mobilizar para a realização de estratégias de saúde para todos” e solicitou aos Estados-Membros que estimulassem a metodologia de parcerias envolvendo as organizações não governamentais na formulação de políticas e no planejamento, implementação e avaliação das estratégias nacionais da Saúde para Todos (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1985, p. 1).

Celebrada por muitos, a aprovação da APS não foi unanimidade. A proposta foi criticada por ser muito ampla e idealista e, em 1979, a Rockefeller Foundation organizou a conferência “*Health and Population in Development*”<sup>22</sup>, na qual estavam presentes diretores das principais instituições envolvidas com saúde internacional naquele momento, como o Banco Mundial, a Fundação Ford, o Centro de Desenvolvimento do Canadá e a *United States Agency for International Development* (USAID). O evento foi baseado no documento “*Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries*”<sup>23</sup> e logo, a estratégia de Atenção Primária à Saúde Seletiva conseguiu o apoio de alguns doadores, estudiosos e agências (CUETO, 2004, 2015), caracterizando-se por intervenções técnicas pragmáticas e de baixo custo que pudessem ser monitoradas e avaliadas facilmente (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

A década de 1970 marca o colapso do sistema de Bretton Woods, com o Presidente Nixon unilateralmente suspendendo a convertibilidade do dólar em ouro. Houve também um processo de diminuição do Estado-nação tradicional e das organizações internacionais financeiras. Novos

---

<sup>21</sup> No original: *National and international nongovernmental organizations can make a useful contribution to primary health care programmes, precisely because they work with community. They have the same responsibility as international governmental organizations in the sense that they provide technical and financial support to countries and would do well to ensure that these are channeled into the promotion on primary health care and its supporting system.*

<sup>22</sup> Tradução livre: Saúde e População em Desenvolvimento.

<sup>23</sup> Tradução livre: Atenção primária à saúde seletiva, uma estratégia provisória para controle de doenças em países em desenvolvimento.

atores começam a ser importantes nos processos de governança global em saúde, competindo com a OMS. Alguns desses novos personagens não eram originalmente organismos ligados a questões sanitárias, como, por exemplo, o Banco Mundial.

### III Ato: Entra em cena o Banco Mundial

O final dos anos 1970 marcou o auge da OMS (GODLEE, 1994), no entanto, os anos seguintes não seriam tranquilos para a organização. De acordo com Cueto (2015, p. 16), os anos 1980 foram um período de declínio da liderança e da capacidade de resposta da OMS, que teria ficado “ofuscada pelas mudanças mundiais provocadas pela transnacionalização das finanças e pelas agressivas atividades empreendidas por outros organismos internacionais”. Já Godlee (1994) relata uma série de confrontos envolvendo os EUA, sua indústria farmacêutica e a Nestlé, que teriam colaborado para agravar a situação. No final dos anos 1970, havia uma crescente pressão internacional contra o uso de fórmulas preparadas para substituírem o leite materno nos países em desenvolvimento. A ONU e a UNICEF elaboraram um conjunto de regras para esses produtos, que foram aprovadas na Assembleia Mundial da Saúde de 1981 por 118 votos a 1. Os EUA, único país a votar contrariamente (sob a alegação de que a OMS estaria interferindo no comércio global), teria sido influenciado pelo fato da Nestlé, empresa multinacional que controlava um terço do mercado mundial de substitutos do leite materno, ter grandes participações naquela nação. Somando-se a essa ocorrência, em 1977, a OMS lançou seu programa de medicamentos essenciais, que tinha como objetivo promover políticas de uso mais racional de medicamentos baseadas em uma lista de remédios essenciais e no incentivo aos países a desenvolverem suas capacidades de produção dos medicamentos que necessitassem. A indústria farmacêutica foi fortemente contra essa iniciativa. Salienta-se que, na época, 11 das 18 maiores companhias de medicamentos estavam situadas nos EUA.

Em um contexto de aumento da autoridade do Banco Mundial e de diminuição do prestígio da OMS, em 1985, os EUA diminuíram suas contribuições obrigatórias em todas as agências da ONU que não adotassem um sistema de votos proporcionais<sup>24</sup> (GODLEE, 1994) e suspenderam sua contribuição ao orçamento regular da OMS, em parte, para protestar contra o *Essential Drug Program*<sup>25</sup> (BROWN; CUETO; FEE, 2006): “De repente, a OMS estava fora do abrigo silencioso

---

<sup>24</sup> FMI e Banco Mundial adotam um sistema cujo poder de voto varia de acordo com a contribuição financeira de cada país (INTERNATIONAL MONETARY FUND, 2017; THE WORLD BANK, 2016).

<sup>25</sup> Tradução livre: Programa de medicamentos essenciais.

---

do consenso técnico e firmemente dentro da arena política, sendo agressivamente pressionada pela indústria, por um lado, e por grupos de pressão, por outro”<sup>26</sup> (GODLEE, 1994, p. 1492, tradução nossa).

Criado em 1946 para apoiar a reconstrução europeia no pós-guerra, o Banco Mundial passou a ofertar empréstimos e assistência técnica para países em desenvolvimento, sendo que, nos anos 1970, passou a investir no controle populacional, na educação e na saúde sob o argumento de que melhorias na saúde e na nutrição acelerariam o crescimento econômico. Os empréstimos vinham atrelados a exigências de uso mais eficaz dos recursos e o Banco Mundial iniciou uma discussão sobre o papel dos setores público e privado no financiamento à saúde com uma tendência a favorecer mercados livres e com pouca intervenção estatal (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Uma mudança no padrão do financiamento da Organização Mundial da Saúde também exerceu determinadas pressões: houve um crescimento de fundos extraorçamentários, nos anos de 1986 e 1987, esses fundos estavam quase atingindo o valor do orçamento regular e, no início da década de 1990, eles haviam passado o financiamento regular da OMS. Para Brown, Cueto e Fee, como consequência, prioridades definidas pela WHA contavam somente com o valor do orçamento regular, que estava congelado desde o início dos anos 1980, enquanto que “países doadores ricos e agências multilaterais, como Banco Mundial, podiam ter amplo controle sobre o uso dos fundos orçamentários com os quais contribuía”, tendo criado uma série de programas verticais, relativamente independentes do restante da OMS (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 635-6). Como observou Gill Walt (1993), o discurso da Organização, na época, era contrário à verticalidade da atenção seletiva, porém, na prática, alguns de seus programas eram executados de forma vertical, centralizados e não integrados à APS, e soma-se a isso, a OMS teve que lutar para defender a política acordada sobre cuidados de saúde primários em face das demandas dos doadores de programas financiados a partir de fontes extraorçamentárias. Além disso, a divisão responsável pela implementação da atenção primária não tinha o apoio necessário para integrar suas atividades às da OMS, enquanto o Programa de Imunização acabou por ser retirado da divisão de Saúde da Família, tornando-se um programa próprio e dependente de fundos extraorçamentários.

---

<sup>26</sup> No original: *Suddenly WHO was out of the quiet shelter of technical consensus and firmly inside the political arena, being aggressively lobbied by industry on the one hand and pressure groups on the other.*

Essa nova conjuntura causou uma reação da Organização e, em 1987, a resolução WHA40.25 revisou os princípios e procedimentos que regem a colaboração com as organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS e substituiu, assim, as resoluções WHA1.130, WHA3.113, WHA11.14 e WHA21.28. Pelo novo texto, os objetivos da colaboração com as ONGs passaram a ser “promover as políticas, estratégias e programas decorrentes das decisões dos órgãos de governo da Organização; colaborar no que diz respeito aos vários programas da OMS em atividades conjuntamente acordadas para implementar essas estratégias; e desempenhar um papel apropriado para assegurar a harmonização dos interesses intersetoriais entre os diversos órgãos setoriais envolvidos em um cenário nacional, regional ou global” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a, p. 103). A próxima alteração profunda nas regras que regem a relação da OMS com atores não estatais viria a ocorrer apenas com o FENSA, em 2016.

Em meio a debates intensos entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Seletiva à Saúde, uma parceria com a *Rotary International* e a Cruz Vermelha levou ao quase desaparecimento da Poliomielite na região das Américas (CUETO, 2004). Além da pólio, a Oncocercose foi controlada nas zonas centrais e oeste da África no final dos anos 1980 (FEE; CUETO; BROWN, 2008). A Oncocercose é uma doença parasitária crônica que ocorre em função da infecção causada pelo nematódeo *Onchocerca volvulus* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e segue sendo a maior causa de cegueira de diversos países africanos (AFRICAN PROGRAMME FOR ONCHOCERCIASIS CONTROL (APOC), 2013). A doença foi considerada como controlada no continente africano através de ações que envolviam a OMS<sup>27</sup> e a Merck, Sharp & Dohme, que desenvolveu o medicamento Ivermectin, e lhe oferecia gratuitamente sob o nome comercial de Mectizan (FEE; CUETO; BROWN, 2008); além desta empresa, muitas outras organizações não governamentais internacionais e nacionais e diversos países do Oeste da África e 25 nações doadoras participaram nos esforços de combate à doença (AFRICA RENEWAL, 2003).

Em 1988, ocorreu a eleição de Hiroshi Nakajima, médico japonês, indicado pelo Escritório da Região do Pacífico, do qual fora Diretor Regional por dois mandatos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Logo após sua escolha, o New York Times classificou o processo de transição entre a gestão de Mahler para Nakajima como “uma mudança traumática na liderança” da Organização (LEWIS, 1988). Na opinião de Cueto (2015), Nakajima não tinha o mesmo

---

<sup>27</sup> Através de seu Programa de Controle da Oncocercose e do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais, esse liderado pelo médico de Gâmbia, Ebrahim M. Samba.

carisma e habilidades de comunicação que seu antecessor, Halfdan Mahler, e Godlee (1994), após analisar sua primeira gestão, afirmou em artigo publicado em 1994, que ele não estava sendo capaz de exercer um papel efetivo de liderança. Sua eleição foi uma surpresa para muitos – a começar pelo fato de sua candidatura não ter sido apoiada pelos EUA nem por diversas outras nações europeias e latino-americanas (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Membros do Conselho Executivo alegaram que o Japão teria constrangido alguns delegados de nações em desenvolvimento a apoiarem a candidatura do médico japonês em troca de projetos de ajuda externa. Em meio a essas controvérsias, Hiroshi Nakajima foi eleito pelo 81º Conselho Executivo, em janeiro de 1988, por 17 votos contra 14 do brasileiro Carlyle Guerra de Macedo, diretor da Organização Pan-americana da Saúde (LEWIS, 1988) e sua eleição foi ratificada pela 41ª Assembleia Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1988).

No mesmo Conselho Executivo que elegeu Nakajima, houve uma polêmica envolvendo algumas organizações não governamentais, relativa a uma situação ocorrida na sessão anterior, a EB80, em maio de 1987. Em documento para o Comitê Permanente para Organizações não Governamentais (1987, p. 24), o Diretor-geral da OMS, Halfdan Mahler, relata que dois membros do Conselho reclamaram sobre a distribuição, por parte de uma ONG de material que seria “propaganda comercial inapropriada, provocativa, de mau gosto e um abuso das relações oficiais que haviam sido estabelecidas”. Mahler prossegue dizendo que, em anos anteriores, outras organizações também distribuíram materiais diretamente para os delegados, não através dos canais da OMS e manifestou desejo de que tal situação não viesse a ocorrer novamente. O Diretor-Geral lembrou que, de acordo com os novos Princípios e Diretrizes que haviam sido aprovados no ano anterior, os privilégios concedidos às organizações em relações oficiais com a OMS incluíam o direito de fazer uma declaração de natureza expositiva, a pedido do presidente da reunião bem como uma declaração adicional para fins de esclarecimento com o consentimento da reunião e por convite do presidente; a prerrogativa de apresentar um memorando ao Diretor-Geral, que determinaria a natureza e o alcance, se houvesse, da circulação do material. Por fim, Mahler solicitou ao Comitê que sugerisse ao Conselho Executivo que qualquer organização que infringisse as normas estabelecidas para sua participação tivesse seu vínculo com a OMS reavaliado na sessão de janeiro do EB. O Conselho Executivo aceitou a proposta encaminhada pelo Comitê e, em janeiro de 1988, aprovou a decisão EB81(18) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). Não constam na documentação do Conselho Executivo de número 83, quando Nakajima já havia iniciado sua primeira gestão, qualquer tipo de sanção ou o

desligamento de alguma entidade pelas razões dessa discussão, nem mesmo menção ao acontecimento.

Apesar do material apresentado não indicar os nomes das organizações envolvidas nos acontecimentos de 1987 ou dos anos anteriores, um relatório do *Centre International d'Information du Tabac* (INFOTAB) afirma que as organizações mencionadas seriam a IBFAN (*Infant Baby Food Action Network*), a *Health Action International*, a *International Organization of Consumer's Union* e o *Action Group to Halt Advertising and Sponsorship of Tobacco*. O documento da INFOTAB ainda faz um relato de um dos primeiros compromissos de Hiroshi Nakajima como Diretor-Geral eleito: a participação em reunião da *Global Business Forum*, com representantes da indústria. Nesse evento, ocorrido em 1º de fevereiro de 1988, Nakajima afirmou que seu desejo de começar um diálogo com esse setor não tinha relação com o fato de ter sido diretor da subsidiária asiática da *La Roche, a Hoffmann-La Roche*, mas sim era motivado pela importância do setor privado nos desenvolvimentos tecnológicos daquela época (CENTRE INTERNATIONAL D'INFORMATION DU TABAC, 1988).

Nakajima, diante das grandes restrições financeiras, era aparentemente mais conciliador com os EUA e mais preocupado com a organização técnica e gerencial, que seu antecessor; contudo, suas gestões como Diretor-Geral foram marcadas por tensões dentro da Organização e sua liderança foi contestada nas eleições do Conselho Executivo de 1993 para o mandato seguinte, além de ter recebido acusações de favoritismo e corrupção (BROWN; CUETO; FEE, 2006; CLIFT, 2014). Sobre a primeira gestão de Nakajima, Godlee (1994, p. 1494) foi direta e crítica: “Na ausência de uma liderança efetiva, a OMS mergulhou em um vácuo político e corre o risco de perder a iniciativa em questões internacionais de saúde”<sup>28</sup>.

A OMS, no início da década de 1990 enfrentava dificuldades de coordenação e continuidade de ações, uma imprevisibilidade financeira e dependência da satisfação de doadores particulares (WALT, 1993). No que diz respeito às organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS, a lista continuou se ampliando, chegando ao número de 170 organizações no ano de 1992 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993), as vésperas da reeleição de Nakajima, como pode ser visto no anexo 4.

---

<sup>28</sup> No original: “in the absence of effective leadership WHO has sunk into a policy vacuum and is in danger of losing the initiative on international health issues”.

#### **IV Ato: *Global Health Partnerships* e o (re)surgimento das fundações**

Na governança global em saúde, o final do Século XX e o início do Século XXI foram marcados pela inserção de novos atores – nem todos da área da saúde. Na Organização Mundial da Saúde essas alterações ecoaram e, durante sua segunda gestão, Hiroshi Nakajima apresentou em um de seus relatórios trianuais relativos à colaboração com atores não estatais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996) proposta de discussão sobre o trabalho com organizações não governamentais de setores não relacionados à saúde para ampliar o tipo e o escopo das ONGs que poderiam ser admitidas a terem relações formais com a OMS. Por solicitação do Conselho Executivo, o Diretor-Geral apresentou novo relatório aprofundando o tema, ao trazer mais informações sobre vantagens e desvantagens de uma possível ampliação dos setores das organizações não governamentais com as quais a OMS poderia atuar. Neste documento, Nakajima falou de exemplos positivos de colaborações informais com ONGs de outras áreas e da possibilidade de explicar o trabalho da OMS e encorajar debates e trocas com um público maior.

Em relação a possíveis riscos dessa alteração, o Diretor-Geral afirmou que pedidos anteriores de indicadores de sucesso ou fracasso de ações intersetoriais estão sendo considerados para a elaboração de novas políticas de saúde global e que uma consulta meses antes com organizações não governamentais de setores como educação, agricultura e habitação indicou que essas organizações acreditavam que a admissão de organizações multissetoriais refletiria um reconhecimento da OMS de que muitos determinantes da saúde encontram-se fora do domínio do setor saúde formal. Assim, Nakajima pediu ao Conselho Diretor que considerasse a realização de processo de consulta por escrito com algumas ONGs em relações oficiais, com organizações de outros setores e com agências especializadas para buscar obter perspectivas sobre esse assunto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Nesse relatório, Nakajima também lista exemplos de interações entre a OMS e as ONGs: consultoria, *advocacy*, coordenação e provisão de serviços, coleta de dados e gerenciamento de informações sanitárias, ações humanitárias e de emergência, finanças, desenvolvimento de recursos humanos, participação em reuniões das organizações não governamentais, formação em saúde, publicações, revisão científica e apoio clínico, padronização e desenvolvimento de nomenclaturas. Essas atividades são apresentadas no documento como exemplos de ações que também poderiam vir a envolver atores de outros setores não diretamente relacionados à saúde.

Essa viria a ser uma das últimas atividades de Nakajima frente a OMS. O mesmo Conselho Executivo que acolheu seu relatório, indicou através da resolução EB101.R11 como nova

Diretora-Geral da Organização a norueguesa Gro Harlem Brundtland (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 2008). Sua eleição para Diretora-Geral, em 1998, “foi uma demonstração de que a OMS buscava uma liderança para que pudesse restaurar a credibilidade da organização e trazer-lhe uma nova visão” (CUETO, 2015, p. 81). O cenário era caracterizado pelo neoliberalismo, no mundo, e, na OMS, diversos atores pressionavam por uma abertura da Organização para diferentes agentes; seu orçamento estava dividido entre as contribuições obrigatórias e as voluntárias e seu Diretor-Geral havia se reeleito sob suspeita de corrupção. Assim, conforme indica Cueto (2015), a 51ª WHA buscou fora dos quadros da OMS uma liderança para restaurar a credibilidade da Organização e que trouxesse uma nova visão de gestão. Brundtland havia sido Ministra do Meio Ambiente, Primeira-Ministra da Noruega e, a convite do Secretário-geral da ONU, estabeleceu e coordenou a Comissão Mundial de Meio Ambiente e Desenvolvimento – que elaborou o conceito de Desenvolvimento Sustentável e publicou o relatório *Our Common Future*<sup>29</sup>, em abril de 1987, (também conhecido como Relatório Brundtland) e cujas recomendações levaram à Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, a ECO 92 ou Cúpula da Terra (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011c).

Brundtland buscou não apenas a continuidade das ações iniciadas por Nakajima, mas também uma ampliação e abertura ainda maiores em relação à atuação dos organismos não governamentais – conforme indicam os documentos da OMS que serão trazidos a seguir. Através de parcerias e fundos globais buscou o fortalecimento das finanças da OMS reunindo as partes interessadas – doadores particulares, governos, agências bi e multilaterais - para se concentrarem em alvos específicos: Malária (Roll Back Malaria, em 1998), vacinas e imunizações (GAVI, em 1999) e Tuberculose (Stop TB, em 2001). Foi também em sua administração que um importante ator passa a atuar na Organização Mundial da Saúde, a *Gates Foundation*.

Através do relatório EB107/7 do Secretariado, relativo às parcerias com organizações não governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION. SECRETARIAT, 2000), Brundtland anuncia uma nova era na OMS e na governança em saúde: a era das parcerias com a iniciativa privada, das parcerias público-privadas – as *global health partnerships* (parcerias para a saúde global) ou *global health initiatives* (iniciativas para a saúde global). O documento indica que entre as causas da limitação da cobertura de serviços, em muitos países, estaria a fraca colaboração dos atores da saúde, uma preferência de governantes em concentrar a prestação de serviços no setor público, uma divisão na organização e no oferecimento dos serviços de saúde, com

---

<sup>29</sup> Tradução livre: Nosso Futuro Comum.

---

intervenções de saúde desenvolvidas de forma independente pelos setores público e privado e, não raro, rivalidades e confrontações entre esses setores que prejudicariam o acesso da população aos serviços de alta qualidade.

O relatório ainda cita as mudanças políticas e econômicas que começaram no início da década de 1980 - transição das economias planejadas para mercado, redução da intervenção do Estado nas economias nacionais – e afirma, que dentro desse novo contexto, o desenvolvimento do setor privado estaria sendo encorajado e que a organização dos sistemas de saúde estava em um momento de mudanças consideráveis. Dessa forma, Brundtland defendeu que importantes contribuições para questões relacionadas à baixa oferta de serviços sanitários estariam na mitigação do confronto ideológico entre os setores público e privado em todas as áreas da vida econômica, social e política – que implicaria o envolvimento de mais atores na saúde cuja contribuição seria mais especializada (prestação de serviços, gerenciamento de instalações de saúde, compra de serviços, financiamento, distribuição de riscos, regulação de sistemas, etc.).

Esses processos teriam, ainda, promovido o desenvolvimento do setor privado, a democratização e a descentralização, dando origem a diferentes níveis de responsabilização e maior envolvimento da sociedade civil, em particular das organizações não governamentais. O documento incentiva os Estado Membros a buscarem estabelecer parcerias com o setor privado e, assim, maximizarem a contribuição dos prestadores de cuidados de saúde privados, incluindo as ONGs, pois, afirma, os governos devem ter a capacidade de articular uma política clara para trabalhar com o setor não público, a fim de gerenciar a administração do setor de saúde, incluindo negociação e acordo sobre papéis e responsabilidades, monitoramento com base em critérios de desempenho acordados, aplicação de termos acordados e avaliação de eficácia. Já os prestadores de cuidados de saúde privados, entre os quais as organizações não governamentais, precisam de capacidade para se envolver em um diálogo político e estratégico com a autoridade de saúde, para gerenciar recursos (incluindo financeiros e humanos), garantir qualidade de provisão e cumprir os termos e condições de contrato.

Por sua vez, a decisão do Conselho Executivo EB107(2) tratou de medidas para facilitar a participação de organizações não governamentais no trabalho do órgão intergovernamental de negociação da convenção-quadro da OMS sobre controle do tabagismo. Essas parcerias seriam provisórias para organizações que quisessem estabelecer relações para uma única ação, ou para aquelas que visassem participar das atividades da convenção-quadro sobre controle do

tabagismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 2001). No mesmo ano, Brundtland estabeleceu a Iniciativa da Sociedade Civil (CSI, do inglês *Civil Society Initiative*):

*Estabelecer um programa de coleta de evidências, consulta com uma ampla gama de atores e análises - dentro e fora da OMS - para identificar e desenvolver proposições para interfaces e relações mais efetivas e úteis entre a sociedade civil e a OMS. Este trabalho será desenvolvido dentro do contexto do mandato da OMS, os interesses expressos do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde e em resposta ao interesse demonstrado pelos grupos da sociedade civil. (A sociedade civil inclui movimentos sociais, organizações de voluntários, organizações não governamentais, organizações de base e outras organizações não estatais e sem fins lucrativos) (Brundtland In: CIVIL SOCIETY INITIATIVE, 2002, p. 2, tradução nossa).<sup>30</sup>*

O relatório *WHO's interactions with Civil Society and Nongovernmental Organizations*<sup>31</sup> trazia uma contextualização das interações entre a OMS e os atores da sociedade civil, apresentava os diversos tipos de agentes que interagiam com a Organização e propunha uma proposta de modificação dos princípios de colaboração. Pretendia-se substituir os “Princípios que regem as relações entre a Organização Mundial da Saúde e Organizações não Governamentais”, estabelecidos em 1987 pela resolução WHA40.25, por uma nova política que melhor respondesse ao novo cenário, caracterizado por “um aumento dramático” no número e na influência que organizações não governamentais exerciam na OMS e na arena internacional (OMS. CONSELHO EXECUTIVO, 2002, p. 1).

A proposta foi discutida ao longo de alguns anos em Conselhos Executivos e Assembleias Mundiais da Saúde, mas não foi aprovado um texto que substituísse as normas definidas pela resolução WHA40.25, de modo que os princípios estabelecidos em 1987 seguiram sendo aqueles que regiam as relações da OMS com organizações não governamentais. Pode-se apontar vários fatores que contribuíram para esta situação: trocas de Diretores-Gerais, o falecimento de Lee Jong-Wook (que sucedeu Brundtland), a gestão interina de apenas 6 meses de Anders Nordström e a escolha de Margaret Chan para o cargo, em 2007. Assim, apenas em 2010, através da resolução WHA63.10, houve a aprovação de políticas relativas às parcerias, mas, diferentemente

<sup>30</sup> No original: *Establish a program of evidence collection, consultation with a broad range of actors and analysis - within and outside WHO - to identify and develop propositions for more effective and useful interfaces and relationships between civil society and the WHO. This work will be developed within the context of WHO's mandate, the expressed interests of the Executive Board and the World Health Assembly, and in response to interest shown by groups from civil society. (Civil society here includes social movements, voluntary organizations, nongovernmental organizations, grassroots organizations and other non-state and not-for-profit actors.).*

<sup>31</sup> Tradução livre: Interações da OMS com a Sociedade Civil e Organizações não Governamentais.

do que se ensejava inicialmente, essa resolução foi complementar à WHA40.25, não substitutiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2010). Os documentos deixaram claro que se buscava também adaptar a Organização para interações com as parcerias e os fundos globais. Em 2009, já na primeira gestão de Margaret Chan, o relatório do secretariado sobre as parcerias da OMS, resumizou as discussões dos anos anteriores e, além de sugerir linhas gerais para esse tipo de cooperação, trouxe uma definição para o termo *Global Health Partnership* como:

*Uma relação colaborativa e formal entre organizações múltiplas em que riscos e benefícios são compartilhados em busca de um objetivo compartilhado. Tais parcerias têm seu próprio órgão de governança separado* (WORLD HEALTH ORGANIZATION. SECRETARIAT, 2009, p. 1, tradução nossa)<sup>32</sup>.

Levantamento da OMS de dezembro de 2014, indicou um total de 95 parcerias ou arranjos colaborativos que contam ou já contaram com o apoio da Organização, sendo que o mais antigo, o Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza, tem quase a mesma idade que a entidade, tendo sido criado em 1952. A concentração de criação de iniciativas, no entanto, é dos anos 1990 e 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b). O quadro abaixo apresenta dezesseis dessas parcerias para saúde global (GHPs, do Inglês, *Global Health Partnerships*) para mostrar seus integrantes e ilustrar a complexidade da governança em saúde no Século XXI:

Iniciativa	Objetivos	Principais parceiros	Principais financiadores
Aliança para o desenvolvimento de microbicidas	Apoio ao desenvolvimento de microbicidas	<i>American Foundation for AIDS Research, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, Family Health International, Gay Men's Health Crisis, Global Campaign for Microbicides, Global Microbicide Project, International Family Health, International Partnership for Microbicides, National Organizations Responding to AIDS, OMS</i>	International Partnership for Microbicides, Fundação Rockefeller, Fundação Gates, outras fundações, ODA <sup>33</sup>
<i>Aeras Global</i>	Desenvolver novas vacinas contra a tuberculose e garantir a disponibilidade para aqueles que necessitam	Mais de cinquenta organizações globais internacionais, universidades,	Fundação Gates ODA

<sup>32</sup> No original: *A collaborative and formal relationship among multiple organizations in which risks and benefits are shared in pursuit of a shared goal. Such partnerships have their own, separate governance body.*

<sup>33</sup> Acrônimo para *“official development assistance”* (assistência oficial ao desenvolvimento) – fluxos financeiros para países e territórios beneficiários de programas da OCDE e para instituições de desenvolvimento multilaterais (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2008).

Iniciativa	Objetivos	Principais parceiros	Principais financiadores
		empresas de biotecnologia e farmacêuticas, fabricantes de vacinas, fundações, ativistas e governos	
Aliança Global para a Eliminação da Filariose Linfática	Financiar o desenvolvimento e a distribuição de tecnologias e serviços para tratar e prevenir a filariose linfática	Mais de quarenta organizações globais internacionais, universidades, empresas de biotecnologia e farmacêuticas, fabricantes de vacinas, fundações, ativistas e governos	Fundação Gates ODA
<i>Global Alliance for Improved Nutrition</i>	Reduzir a desnutrição através da fortificação de alimentos e outras estratégias para melhorar a saúde nutricional das populações em risco	Tetra Pak, Programa Mundial de Alimentos (ONU), Danone, UNICEF, Cargill, OMS, <i>Helen Keller International</i> , <i>Micronutrient Initiative</i> , <i>National Fortification Alliance</i> , Unilever, Instituto do Banco Mundial	Fundação Gates ODA
<i>Global Alliance for TB Drug Development</i>	Desenvolver e garantir a disponibilidade de medicamentos de Tuberculose.	<i>GlaxoSmithKline</i> , <i>Bayer</i> , <i>RTI International</i> , Coalizão Global de TB ( <i>Stop TB</i> )	Fundação Gates, Fundação Rockefeller, doadores bilaterais, DFID
<i>Global Alliance for Vaccines and Immunisations</i>	Organização internacional criada para melhorar o acesso a vacinas novas e subutilizadas.	UNICEF, OMS, Banco Mundial e Fundação Gates têm assento permanente. Reúne setores públicos e privados.	<i>International Finance Facility</i> , Fundação Gates ODA
Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária	Financiar programas de combate ao HIV/AIDS, Tuberculose e Malária em países de baixa e média renda.	UNAIDS, OMS, Banco Mundial, <i>Stop TB</i> , <i>Roll Back Malaria</i> , doadores bilaterais, governos receptores, Fundação Gates, organizações da sociedade civil e setor empresarial	Fundação Gates ODA
<i>International AIDS Vaccine Initiative (IAVI)</i>	Desenvolver vacina contra o HIV/AIDS	Mais de vinte parceiros de diferentes setores	Fundação Gates, <i>New York Community Trust</i> , Fundação Rockefeller, Banco Mundial, doadores corporativos, outras fundações e instituições de caridade
<i>International Trachoma Initiative</i>	Apoiar o tratamento e a prevenção do tracoma em todo o mundo	Mais de trinta parceiros de diferentes setores, incluindo universidades, fundações, governos, ativistas e organizações globais internacionais	Fundação Gates, empresas farmacêuticas, Fundação Rockefeller, ODA
<i>Mectizan Donation Programme</i>	Fornecer a supervisão administrativa da doação de Mectizan pela Merck para o tratamento da oncocercose.	Programa Africano de Controle da Oncocercose; <i>the Carter Center River Blindness Program</i> ; <i>CDC</i> <sup>34</sup> dos EUA; <i>Helen Keller International</i> , <i>International Eye Foundation</i> ; <i>Merck</i> , Fundação da OPAS, empresas farmacêuticas, <i>SightSavers International</i> , UNICEF, Banco Mundial, OMS	Merck, Glaxo Smith Kline
<i>Medicines for Malaria Venture</i>	Desenvolver novos tratamentos contra a malária	<i>Africa Matters Ltd</i> , <i>Hospital Clinic Universitat de Barcelona</i> , <i>GlaxoWellcome</i> , <i>Program for Appropriate Technology in Health</i> , <i>Medicines for Malaria Venture</i> , Parceria de Ensaios Clínicos de Países Europeus e em Desenvolvimento, Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Gates, Instituto de Pesquisa de Tsukuba, Fórum Global de Pesquisa em Saúde	Fundação Gates, Fundação Rockefeller, ODA, empresas farmacêuticas, Organizações Globais Internacionais, Institutos Nacionais de Saúde dos EUA, <i>Wellcome Trust</i>

<sup>34</sup> Acrônimo para Centers for Disease Control and Prevention.

Iniciativa	Objetivos	Principais parceiros	Principais financiadores
<i>Pediatric Dengue Vaccine Initiative</i>	Desenvolver vacinas e diagnósticos de dengue	OMS, UNICEF, PNUD <sup>35</sup> , Exército, Marinha e CDC dos EUA, NIH <sup>36</sup> , Universidade de Mahidol em Bangucoque, Instituto de Medicina Tropical de Pedro Kouri em Havana, Ministério da Saúde Pública na Tailândia, CDC de Taiwan e outros ministérios da saúde no Sudeste Asiático e nas Américas, Sanofi Pasteur, GlaxoSmithKline, Hawaii Biotech	Fundação Gates, Fundação Rockefeller
<i>Roll Back Malaria</i>	Parceria para combater a doença nos níveis mundial, regional, nacional e local.	UNICEF, PNUD, OMS, Banco Mundial, ExxonMobil, GlaxoSmithKline, Novartis, BASF, Fundação Gates, Fundação das ONU, entre outros	Banco Mundial, Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, Fundação Gates, ODA
<i>Stop TB</i>	Parceria para acelerar o progresso no acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose; pesquisa e desenvolvimento de novos diagnósticos de tuberculose, medicamentos e vacinas.	OMS e mais 1500 entre as quais organizações internacionais e técnicas, programas governamentais, agências de pesquisa e financiamento, fundações, ONGs, grupos da sociedade civil e comunidade e o setor privado	OMS, ODA
<i>Global Health Workforce Alliance</i>	Identificar e implementar soluções para a crise da força de trabalho em saúde.	OMS e mais uma centena de parceiros, incluindo organizações globais internacionais, universidades, fundações, defensores e governos	OMS
<i>Partnership for Maternal, Newborn and Child Health</i>	Organizar um fórum de ações coordenadas para abordar as principais condições que afetam a saúde das crianças.	OMS, Banco Mundial, UNICEF, ODA e outras parcerias incluindo organizações globais internacionais, universidades, fundações, ativistas e governos	OMS

#### Quadro 4 – Parcerias selecionadas da OMS com organizações não estatais

FONTE: Adaptado de *Global Health Watch 2* (PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT, MEDACT, GLOBAL EQUITY GAUGE ALLIANCE, ZED BOOKS, 2008) e das páginas das iniciativas (STOP TB PARTNERSHIP, 2011; THE VACCINE ALLIANCE, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999)

Entre participantes e financiadores de diversas iniciativas, destacam-se fundações como *Rockefeller* e a *Bill & Melinda Gates*. Em artigo para o *Boston Review*, um fórum sobre política, o cientista político Rob Reich, da *Stanford University*, afirma que o que John D. Rockefeller foi para o início do Século XX, Bill Gates é para o início do Século XXI e manifesta sua preocupação com a importância que esses atores começaram a apresentar no fim do Século XX, à medida que uma sociedade democrática é comprometida com a equidade entre os cidadãos, mas as fundações, no entanto, seriam as vozes da plutocracia. Além disso, o professor alerta sobre o fato dos recursos de uma fundação filantrópica serem reservados em uma dotação privada permanente, administrada por doadores e receberem benefícios fiscais, de modo que esses recursos privados

<sup>35</sup> Acrônimo para Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

<sup>36</sup> Acrônimo para National Institutes of Health, agência do governo dos Estados Unidos da América.

---

dariam um poder público considerável. Cita ainda, a falta de transparência das contas dessas entidades e a impossibilidade de voto contrário da população em caso de reprovação de suas ações – o que ocorre, normalmente, quando se trata de políticas públicas, nas quais a sociedade escolhe seus representantes (REICH, 2013).

Em meio a parcerias globais, fundações e gigantes da indústria farmacêutica, começou a se delinear a cena para o último ato – até agora – dessa história da OMS com os atores não estatais: o Marco para Colaboração com Atores Não Estatais, que será apresentado em seguida.

### **O último Ato? O Marco para a Colaboração com Atores Não Estatais (FENSA)**

As discussões sobre as colaborações com atores não estatais viriam, em 2010, a serem incorporadas a pauta daquela época: o processo de reforma da Organização Mundial da Saúde. Inicialmente com o objetivo único de enfrentar a questão da insuficiência do financiamento, a então Diretora-Geral, Margaret Chan, convocou uma reunião consultiva, em janeiro de 2010, para discutir sobre o futuro financeiro da Organização, porém, os desdobramentos dessa consulta apontaram para questões mais amplas relativas ao funcionamento e às funções da OMS, dando início ao seu atual processo de Reforma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b). A Reforma está baseada em três eixos básicos: de Ações Programáticas, de Governança e de Gestão (OMS, 2015b). No eixo da Governança, está presente um subeixo, o da Colaboração com Outras Partes Interessadas.

A OMS vinha trabalhando há alguns anos no chamado “Marco para a Colaboração com Agentes Não Estatais” (também conhecido como *FENSA*, do Inglês *Framework of Engagement with Non-State Actors*), cuja discussão foi encerrada na 69ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em maio de 2016, com a aprovação da Resolução versão final do documento, que foi apresentada pelo grupo de trabalho do Marco no mês de abril de 2016 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016f, 2016g).

O FENSA aborda questões contemporâneas das relações da OMS com os chamados atores não estatais, dividindo-lhes em quatro categorias, como pode ser visto no quadro da próxima página:

Quem são os atores não estatais de acordo com o FENSA?			
Organizações não governamentais	Entidades do setor privado	Fundações filantrópicas	Instituições acadêmicas
Entidades sem fins lucrativos que operam independentemente dos governos. Podem incluir organizações comunitárias de base, grupos e redes da sociedade civil, organizações religiosas, grupos profissionais, grupos específicos de doenças e grupos de pacientes.	Empresas comerciais (com fins lucrativos), entidades representativas do setor privado, associações empresariais, empresas comerciais estatais ou parcialmente estatais que atuam como entidades do setor privado e associações empresariais internacionais.	Entidades sem fins lucrativos cujos ativos são fornecidos por doadores e cuja renda é gasta em fins socialmente úteis. Devem ser independentes de qualquer entidade do setor privado em sua governança e tomada de decisão.	As instituições acadêmicas são entidades envolvidas na busca e divulgação de conhecimentos através da pesquisa, educação e treinamento.

#### Quadro 4: Atores não estatais – FENSA

Fonte: adaptado da resolução WHA63.10 da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b)

O marco regulatório define princípios que devem reger as relações com atores não estatais, possíveis benefícios dessa cooperação, assim como riscos, tipos de interações (em um total de cinco: participação, recursos, evidências, *advocacy* e colaboração técnica), ferramentas para lidar com conflitos de interesse, traz também uma definição de “relações oficiais” e como elas devem ser iniciadas. O FENSA dissolveu o Comitê Permanente para a Colaboração com Organizações Não Governamentais e incumbiu ao Comitê de Programa, Orçamento e Administração a coordenação de solicitações e demais ações relativas aos atores não estatais.

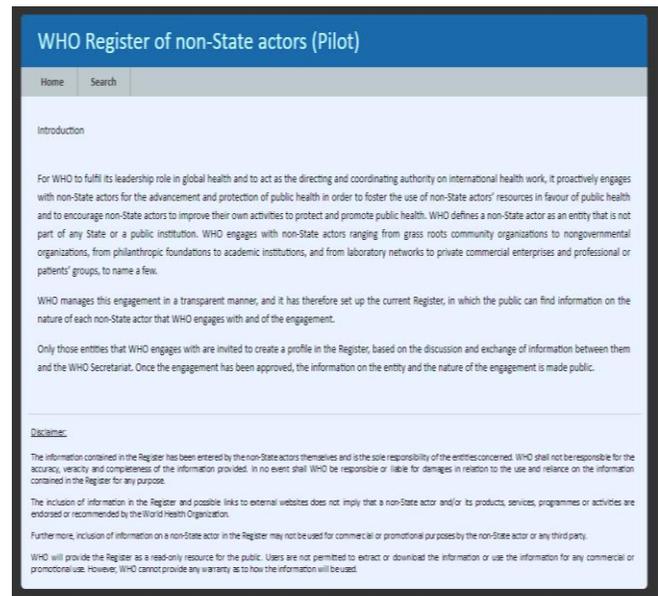
Entre os riscos previstos das interações da OMS com atores não estatais está a questão de conflitos de interesses, cujas definições são trazidas no mesmo documento, mas não esgotadas. As modalidades de atividades desenvolvidas incluem a participação dos atores não estatais em reuniões e consultorias, assim como o fornecimento de recursos financeiros, doações de medicamentos ou oferecimento de serviços gratuitamente, a pesquisa para a elaboração de dados e informações técnicos, o *advocacy* e colaborações técnicas através do desenvolvimento de produtos, formação de profissionais, colaboração operacional em casos de emergência e contribuição na implementação das políticas da Organização. O marco também prevê a participação da OMS em reuniões conjuntas e coorganizadas, apresentações de funcionários da Organização em reuniões organizadas pelos agentes não estatais e a participação desses trabalhadores em reuniões promovidas por esses atores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b).

Uma sessão de provisões específicas informa que a OMS não pode manter relações com a indústria do tabaco ou com atores não estatais que trabalhem buscando os interesses dessa indústria, não podendo, também, trabalhar com a indústria bélica. Já o artigo 45 diz que uma

atenção particular deve existir na avaliação realizada antes do acordo que firma as relações oficiais quando a entidade do setor privado ou o ator não estatal tiver políticas ou realizar atividades que afetam negativamente a saúde humana e que não estejam de acordo com as políticas, as normas e os padrões da Organização, em particular nos casos relacionados às doenças não comunicáveis e seus determinantes. Já em relação às parcerias em saúde global, o FENSA estabelece regramentos levando em conta a resolução WHA63.10, que regulou ações com esse tipo de ator (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b).

De acordo com o Marco para a Colaboração com Atores não Estatais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b), os procedimentos para admissão na lista de atores não estatais que mantém relações oficiais com a OMS são as seguintes:

- Solicitação por parte da entidade através de formulário contendo seus dados básicos, sua natureza e suas atividades, um sumário de relações anteriores, um plano de três anos de colaboração desenvolvido e acordado com ambas as partes;
- Carta assinada certificando a veracidade das informações submetida pelo sistema eletrônico da OMS antes do fim de julho (para avaliação pelo Conselho Executivo de janeiro): uma imagem desse sistema eletrônico pode ser visualizada ao lado;
- Em cada mês de janeiro, o Comitê de Programa, Orçamento e Administração do Conselho Executivo deve avaliar as solicitações, um representante da entidade pode ser convidado a falar e a solicitação pode ser aceita, pode ter sua avaliação adiada ou negada;
- O Conselho Executivo deve decidir pela admissão ou não da organização, que, em caso de negativa pode reaplicar após dois anos;
- O Diretor-Geral informa cada organização sobre a decisão do Conselho;



**Figura 1:** Sistema piloto da OMS para registro de atores não estatais  
Fonte: OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017c)

- 
- O Comitê de Programa, Orçamento e Administração do Conselho Executivo deve rever os processos de colaboração a cada três anos sendo que um terço da relação de entidades deve ser revista anualmente;
  - O Diretor-geral pode propor revisões anteriores das relações oficiais em caso do não cumprimento, por parte da entidade, do plano de colaboração, falta de contato com a OMS, de mudanças na natureza ou atividades da organização em questão ou por quaisquer novos riscos potenciais para a colaboração;
  - Por fim, o Conselho Executivo pode interromper as relações oficiais se considerar que elas não são mais adequadas ou necessárias à OMS, podendo, alternativamente, suspender ou interromper as relações oficiais se uma organização já não cumprir os critérios que tinham no momento do estabelecimento de tais relações, não atualizar suas informações, não informar sobre a colaboração no sistema de registro da OMS em atores não estatais ou ainda não cumprir a sua parte no programa de colaboração acordado.

O FENSA foi elaborado para entrar em vigor imediatamente após sua aprovação e tem um período de implementação total de dois anos (até maio de 2018) – que está sendo acompanhada pelo Comitê Consultivo Independente de Supervisão de Especialistas, devendo passar por uma avaliação inicial em 2019, cujos resultados e possíveis propostas de revisão serão avaliados pelo Conselho Executivo de janeiro de 2020. O sistema de registro eletrônico foi planejado para estar funcionando até a maio de 2017 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b). O relatório da Diretora-Geral para a 70ª Assembleia Mundial da Saúde informou que a implementação do marco está seguindo o planejamento estipulado pela resolução WHA69.10, que o sistema eletrônico de registro está operando como um projeto piloto, tendo sido também elaborado um guia voltado à informação dos funcionários da Organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017d).

Esse é o último ato dessa história, mas não é seu fim. Essa história não tem fim, segue sendo escrita, dia após dia, por autoridades em Genebra, mas também por todos aqueles que buscam engajar-se de alguma forma. Esse foi, na verdade, apenas mais um capítulo de uma história da saúde pública, marcada por disputas, mas também escrita por muitos que buscam uma saúde para todos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação de agentes não governamentais com a Organização Mundial da Saúde esteve em debate na OMS desde sua criação. A primeira versão de seus princípios e diretrizes foi lançada já na primeira Assembleia Mundial da Saúde e passou por pequenas emendas nos anos de 1950, 1958, 1968 e uma alteração maior no ano de 1987, que substituiria por completo as regras anteriores (resoluções WHA1.130, WHA3.113, WHA11.14, WHA21.28 e WHA40.25). A estrutura viria a ser alterada por completo, novamente, em 2016 com o Marco para Colaboração com Atores Não Estatais (resolução WHA69.10).

A leitura dos documentos evidencia que as relações com atores não estatais foram objeto de discussão desde a formação da Agência, quando ainda poucas eram as organizações não estatais que com ela atuavam. Esse número cresceria praticamente durante todo o período analisado – em 1948, 16 organizações não governamentais mantinham relações oficiais com a OMS (com uma lista de espera para próxima rodada de avaliações), já em 2017 esse número chegou a 186 organizações em relações oficiais. Levantamento realizado no âmbito da discussão sobre o envolvimento da OMS com atores não estatais apontou que, no ano de 2014, 729 instituições não estatais mantêm algum envolvimento com a OMS: 298 organizações não governamentais, 44 entidades do setor privado, 24 fundações filantrópicas e 363 instituições acadêmicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014c). Essa diferença numérica é explicada pela distinção existente entre organizações em relações formais e entidades que mantêm algum tipo de atividade considerada não oficial com a OMS. As entidades em relações formais sempre usufruíram de alguns privilégios, já mencionados, como a possibilidade de frequentar reuniões, fazer declarações, ter acesso a uma série de documentos de trabalho e desenvolver parcerias para a realização de ações específicas.

As áreas de atuação dos atores não estatais, como era de se esperar, também estão bem mais diversificadas. A resolução WHA1.130 previa a participação de organizações não governamentais que se dividiam em duas categorias principais, a das áreas de ciências médicas ou de investigação e a que representava interesses mais gerais. A resolução WHA40.25 ampliou essa tipologia de atores, mas foi apenas o FENSA que instituiu a possibilidade de entidades que visem diretamente ao lucro estabelecerem relações com a OMS, já que as resoluções anteriores aceitavam apenas entidades sem fins lucrativos. A primeira parceria na OMS surgiu ainda na década de 1950, no combate à influenza, porém, os

---

padrões desse tipo de iniciativa mudaram consideravelmente ao longo dos últimos 70 anos. Até a década de 1980 o setor privado usualmente não se envolvia com doadores e beneficiários, esses dois últimos conformando as parcerias. Ao longo do tempo, o número de atores no cenário internacional aumentou, assim como o interesse do setor privado no campo das políticas públicas de saúde. Novas formas de agentes foram surgindo, como as parcerias público-privadas globais, doadores multilaterais (não apenas as tradicionais cooperações bilaterais) e as fundações ressurgiram na governança global em saúde.

Se as ações em saúde da Fundação Bill & Melinda Gates no começo desse século são comparáveis às da Fundação Rockefeller no início do século passado, com o FENSA, a Gates pode passar a listar no rol de organizações em relações oficiais com a OMS, tendo seu pedido aprovado na primeira sessão de avaliação de solicitações, no 140º Conselho Executivo, após a aprovação do marco para colaboração com atores não estatais, em janeiro de 2017 (juntamente com a *Grand Challenges Canada*, o *International Rescue Committee*, a *Knowledge Ecology International* e a *The Fred Hollows Foundation*) (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 2017). A Fundação Rockefeller nunca constou nas listas de Organizações Não Governamentais em Relações Oficiais com a OMS, no entanto, ela de certa forma, exercia expressiva influência em diversos aspectos: os quadros da Organização em boa parte eram formados por ex-bolsistas ou ex-funcionários da Fundação Rockefeller. Marcolino Candau e Frederick Soper, por exemplo, trouxeram para a OMS e para a OPAS, respectivamente perspectivas oriundas de seus estudos e de seus trabalhos na Fundação, visões essas que diferiam das ideias de Brock Chisholm de como coordenar a saúde no mundo. Dessa forma, ao se afirmar que a participação de atores não estatais na OMS ocorre desde sua fundação, não se fala tão somente das regras estabelecidas em sua Constituição – algo totalmente explícito e claro - mas, em alguma medida, de maneiras mais sutis, como nas diversas escolhas do como definir políticas de saúde.

Em relação à nomenclatura utilizada ao se referir às entidades não governamentais, ela alterou-se nesses setenta anos. “Organizações não governamentais” ou seu acrônimo “ONGs” foi a denominação mais utilizada o início da década de 2000. No final da década de 1990, começa-se a falar mais usualmente em parcerias, para se referir a determinadas ações com alguns atores e, em meados da década de 2000, a expressão “atores não estatais”, entra no vocabulário da governança global, muito provavelmente por ampliar a gama de agentes, em um contexto mais diversificado - não esquecendo, das Organizações da Sociedade Civil, mais comum a partir dos anos 1970. Classicamente o termo “organizações não governamentais” se

referia a entidades sem fins lucrativos, já “atores não estatais” é mais abrangente. De acordo com Thales de Castro “os atores internacionais são os entes que exercem, influenciam ou amoldam, direta ou indiretamente, o cenário internacional por meio da interação de *inputs* e *outputs* (2012, p. 428). O FENSA justamente engloba uma variedade de atores maior do que apenas organizações sem fins lucrativos. A figura abaixo sintetiza os sentidos que a palavra “atores” pode carregar e a grande diversidade de entidades abrange:

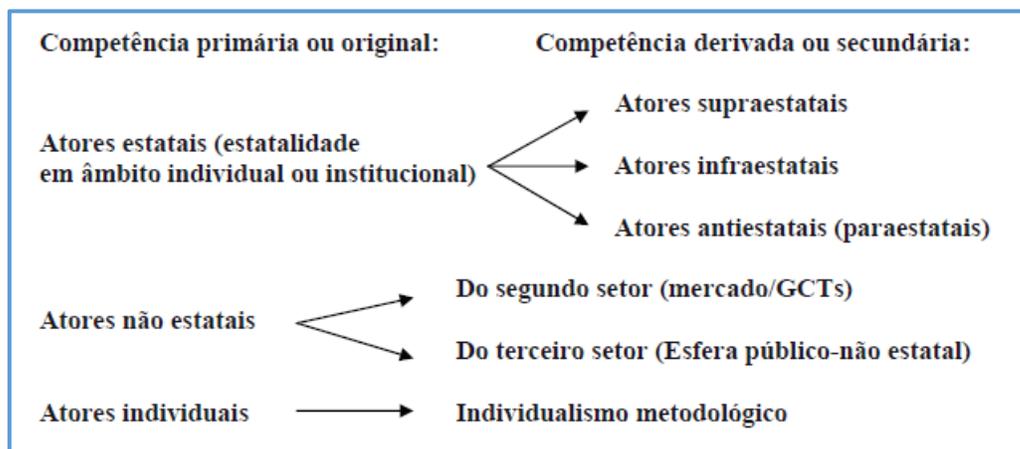


Figura: Ontologia das Relações Internacionais (CASTRO, 2012, p. 431)

Por outro lado, o FENSA busca essa ampliação de atores também para aumentar a quantidade de recursos disponíveis para a OMS executar suas atividades. A ideia de maior proximidade com o setor privado e possíveis doadores não é nova, já era anunciada, em certa medida por Mahler, por Nakajima, sendo mais explícita nas gestões de Brundtland e Chan. Pode-se dizer que diversos movimentos levaram à situação atual, na qual muitos atores não estatais estão em um nível igual ou mesmo superior, em uma escala hierárquica, à OMS e aos governos no que se refere à formulação de políticas públicas e financiamento de ações sanitárias. As ONGs do passado, usualmente, relacionavam-se com os governos de seus países, os atores não estatais da atualidade debatem com a OMS – os arranjos institucionais do passado não fazem mais sentido no mundo contemporâneo.

Essa Dissertação buscou contar a história da colaboração dos agentes não estatais com a Organização Mundial da Saúde e, para isso, baseou-se na leitura atenta de decisões e resoluções da Agência, usando também, outras fontes para poder mostrar o pano de fundo da governança global em saúde. O palco segue o mesmo, os atores, no entanto, aumentaram intensamente em número e em interações. A OMS não está mais sozinha no topo da

---

coordenação da saúde no mundo. O estudo dos documentos indicou que a influência que a Agência exerce na governança global em saúde é cada vez mais compartilhada e a Organização não usufrui mais da mesma autonomia do passado. A questão financeira mostrou-se relevante, pois a OMS depende cada vez mais de dinheiro de organismos não estatais. O FENSA foi elaborado para, de certa forma, auxiliar a OMS a lidar com essa questão relativa à perda da autonomia, mas, apesar de ser um documento extenso ainda deixa brechas abertas para interpretações diversas sobre alguns assuntos, como, por exemplo, definições mais claras sobre os conflitos de interesses.

Organizações não governamentais, organizações da sociedade civil, parcerias globais, atores não governamentais – são nomes diferentes para entidades que também se modificaram ao longo da história, que também buscam cada vez mais espaço, que pressionam. Não existe homogeneidade nos atores não estatais da atualidade: entidades de base buscam defender seus representados, a indústria farmacêutica, por outro lado, também tem seus interesses e cada segmento conta versões diferentes da mesma história. A vantagem do momento atual é que a mesma globalização que pode ser opressora também propicia ferramentas de conexão, de troca de ideias, de crescimento. Os movimentos sociais, atualmente, não estão mais restritos a uma zona geográfica ou a um país. A Internet encurta distâncias, conecta pessoas e pensamentos diversos. Os desafios de Alma Ata ainda seguem relevantes no cenário atual. Houve diversos avanços na área da saúde, mas o momento atual é crítico. A OMS tem um novo Diretor-geral, Tedros Adhanom, e agora está em suas mãos escrever o próximo ato dessa história.

## REFERÊNCIAS

AFRICA RENEWAL. **Onchocerciasis: Africa's victory over river blindness**. Disponível em: <<http://www.un.org/en/africarenewal/vol17no1/171heal1.htm>>. Acesso em: 19 oct. 2017.

AFRICAN PROGRAMME FOR ONCHOCERCIASIS CONTROL (APOC). **WHO | Onchocerciasis**. Disponível em: <<http://www.who.int/apoc/onchocerciasis/en/>>. Acesso em: 19 oct. 2017.

AMERICAN PHILOSOPHICAL SOCIETY. **Simon Flexner Papers**. Disponível em: <<http://amphilsoc.org/collections/view?docId=ead/Mss.B.F365-ead.xml>>. Acesso em: 20 sep. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Oncocercose**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/oncocercose>>. Acesso em: 19 oct. 2017.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 3, p. 623–647, 2006.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **Reciis**, v. 4, n. 1, p. 93–105, 2010.

CASTRO, T. **Teoria das relações internacionais**. Brasília: FUNAG, 2012.

CENTRE INTERNATIONAL D'INFORMATION DU TABAC. **Relatório da INFOTAB sobre reunião do DG da OMS com representantes da indústria e sobre a atuação das organizações não governamentais nas reuniões da OMS**. Nova York: [s.n.].

CIVIL SOCIETY INITIATIVE. **WHO's interactions with Civil Society and Nongovernmental OrganizationsWho/Csi/2002/Wp6**. Genebra: [s.n.].

CLIFT, C. **What's the World Health Organization for? Final report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance**. Londres: Chatam House, 2014.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864–1874, 2004.

CUETO, M. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CUMMING, H. S. The International Sanitary Conference. **American Journal of Public Health**, v. XVI, n. 10, p. 6, 1926.

EMBREE, E. R. **Diary of Trip to Japan and China - Rockefeller Foundation**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[http://storage.rockarch.org/35835bda-a73a-47d6-96a5-3e0f76f5474c-rac\\_rfdiaries\\_12-2\\_Embree\\_Edwin\\_1917-1922\\_027.pdf](http://storage.rockarch.org/35835bda-a73a-47d6-96a5-3e0f76f5474c-rac_rfdiaries_12-2_Embree_Edwin_1917-1922_027.pdf)>. Acesso em: 3 sep. 2017.

FEE, E.; CUETO, M.; BROWN, T. M. WHO at 60: Snapshots from its first six decades. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 4, p. 630–633, 2008.

FIDLER, D. 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.

- FIDLER, D. P. The Challenges of Global Health Governance. n. May, p. 1–31, 2010.
- GODLEE, F. WHO in retreat: is it losing its influence? **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 309, n. 6967, p. 1491–5, 1994.
- HARVARD UNIVERSITY LIBRARY. **Open Collections Program: Contagion, International Sanitary Conferences**. Disponível em: <<http://ocp.hul.harvard.edu/contagion/sanitaryconferences.html>>. Acesso em: 23 aug. 2017.
- INSTITUTE FOR ADVANCED STUDY. **Abraham Flexner: Life**. Disponível em: <<https://www.ias.edu/flexner-life>>. Acesso em: 21 sep. 2017.
- INSTITUTE FOR ADVANCED STUDY. **Abraham Flexner: Legacy**. Disponível em: <<https://www.ias.edu/flexner-legacy>>. Acesso em: 21 sep. 2017.
- INTERNATIONAL MONETARY FUND. **IMF Quotas**. Disponível em: <<http://www.imf.org/en/About/Factsheets/Sheets/2016/07/14/12/21/IMF-Quotas>>. Acesso em: 14 oct. 2017.
- KICKBUSCH, I.; LISTER, G. **European Perspectives on Global Health: a policy glossary**. Brussels: European Foundation Centre, 2006.
- KOPLAN, J. P. et al. Towards a common definition of global health. **Lancet**, v. 373, p. 1993–1995, 2009.
- LEGGE, D. **People’s Health Activism**. Disponível em: <[http://www.iphu.org/sites/www.iphu.org/files/Legge\(2013\)People’sHealthActivism\(Ch13\).pdf](http://www.iphu.org/sites/www.iphu.org/files/Legge(2013)People’sHealthActivism(Ch13).pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2015.
- LEWIS, P. Divided World Health Organization Braces for Leadership Change. **The New York Times**, p. 1, 1 May 1988.
- MACFARLANE, S.; JACOBS, M.; KAAAYA, E. In the name of global health: trends in academic institutions. **Journal of public health policy**, v. 29, n. 4, p. 383–401, 2008.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRE DE FRANCE. **Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851**. Paris: Paris :, 1852.
- NYE, J. **Global power shifts | TED Talk** |Ted.com, , 2010. Disponível em: <[https://www.ted.com/talks/joseph\\_nye\\_on\\_global\\_power\\_shifts/transcript?language=en#t-72342](https://www.ted.com/talks/joseph_nye_on_global_power_shifts/transcript?language=en#t-72342)>. Acesso em: 15 sep. 2017
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Is it ODA?** Paris: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dac/stats/34086975.pdf>>. Acesso em: 24 oct. 2017.
- PAHO FOUNDATION. **The Fred L. Soper Award | PAHO Foundation**. Disponível em: <<http://www.pahofoundation.org/initiatives/awards/soper>>. Acesso em: 4 oct. 2017.
- PAIVA, C. H. A. A OPAS em foco: uma história das relações internacionais em saúde na América. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 177–182, Mar. 2006.
- PALMER, S. **Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- PEOPLE’S HEALTH MOVEMENT, MEDACT, GLOBAL EQUITY GAUGE ALLIANCE, ZED

BOOKS. The Landscape of Global Health. In: **Global Health Watch 2**. [s.l.] Zed Books, 2008. p. 210–239.

REICH, R. **What Are Foundations For?** Disponível em: <<http://bostonreview.net/forum/foundations-philanthropy-democracy>>. Acesso em: 24 oct. 2017.

ROCKEFELLER FOUNDATION. **The Rockefeller Foundation Original Legislative Charter**, 1913.

RODRIGUES, J. Arquivo &quot;Geraldo Horácio de Paula Souza: um acervo sobre história e saúde. **Patrimônio e Memória**, v. 4, n. 1, p. 161–175, 2008.

STOP TB PARTNERSHIP. **About Us**. Disponível em: <<http://www.stoptb.org/about/>>. Acesso em: 16 oct. 2017.

THE ROCKEFELLER FOUNDATION. **Our History**. Disponível em: <<https://www.rockefellerfoundation.org/about-us/our-history/>>. Acesso em: 21 sep. 2017.

THE VACCINE ALLIANCE. **Board composition - Gavi, the Vaccine Alliance**. Disponível em: <<http://www.gavi.org/about/governance/gavi-board/composition/>>. Acesso em: 16 oct. 2017.

THE WORLD BANK. **Voting Powers**. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/en/about/leadership/votingpowers>>. Acesso em: 14 oct. 2017.

UNITED NATIONS. A/66/98 - Personal conflict of interest. . 2011, p. 14.

UNITED NATIONS. **Funds, Programmes, Specialized Agencies and Others | United Nations**. Disponível em: <<http://www.un.org/en/sections/about-un/funds-programmes-specialized-agencies-and-others/index.html>>. Acesso em: 1 jun. 2016.

UNITED STATES NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **The Fred L. Soper Papers: Soper and the Pan American Health Organization, 1947-1959**. Disponível em: <<https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/VV/p-nid/80>>. Acesso em: 4 oct. 2017.

VENTURA, D.; PEREZ, F. A. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. **Lua Nova**, n. 92, p. 45–77, 2014.

VILLA, T. C. S. et al. Saúde Internacional : Alguns Aspectos Conceituais Contemporâneos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 101–105, 2001.

WALT, G. WHO under stress: Implications for health policy. **Health policy**, v. 24, n. 2, p. 125–144, 1993.

WHO. ADHANOM, T. **CURRICULUM VITAE: Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.who.int/dg/election/cv-tedros-en.pdf?ua=1>>. Acesso em: 10 sep. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Executive Board** Executive Board Sixth Session - resolutions and decisions. **Anais...**Genebra: 1950

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Los diez primeros años**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1958.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Second Ten Years of the World Health**

**Organization (1958 - 1967).** Genebra: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly.** Genebra: [s.n.]. v. I

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata.** Alma-Ata, URSS: [s.n.].  
Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care - report of the International Conference on Primare Health Care.** Genebra: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board volume III Third edition (1985-1992).**  
Genebra: [s.n.]. v. III

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB99/25 - Collaboration with nongovernmental organizations : Review of overall policy on collaboration with nongovernmental organizations ( 1994-1996 ).** Genebra: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB101/33 - Collaboration with nongovernmental organizations - Review of overall policy on collaboration with nongovernmental organizations - report by the Director General.** Genebra: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 1999.** Genebra: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The third ten years of the World Health Organization : 1968 – 1977.** Genebra: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization (1946). .  
2010 a, p. 1–18.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **El futuro de la financiación de la OMS - Informe de la reunión de consulta oficiosa sobre el futuro de la financiación de la OMS convocada por la Directora General.** Disponível em:  
<[http://www.who.int/dg/who\\_futurefinancing2010\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/dg/who_futurefinancing2010_es.pdf?ua=1)>. Acesso em: 12 jun. 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consensus during the Cold War: back to Alma-Ata.**  
Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-031008/en/>>. Acesso em: 13 oct. 2017a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Fourth Ten Years of the World Health Organization 1978-1987.** Genebra: OMS, 2011b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dr Gro Harlem Brundtland, Director-General.**  
Disponível em: <<http://www.who.int/dg/brundtland/brundtland/en/>>. Acesso em: 23 oct. 2017c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Origin and development of health cooperation.** Disponível em: <[http://www.who.int/global\\_health\\_histories/background/en/](http://www.who.int/global_health_histories/background/en/)>.  
Acesso em: 20 apr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Dr Hiroshi Nakajima, Director-General.**  
Disponível em: <<http://www.who.int/dg/nakajima/nakajima/en/>>. Acesso em: 19 oct. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Basic Documents.** 48ª ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Partnerships and Collaborative Arrangements with WHO involvement**. Genebra: [s.n.]. Disponível em: <[http://www.who.int/about/who\\_reform/partnerships-collaborative-arrangements-with-WHO-involvement.pdf](http://www.who.int/about/who_reform/partnerships-collaborative-arrangements-with-WHO-involvement.pdf)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mapping of WHO ' s engagement with non - State actors**. Disponível em: <[http://www.who.int/about/who\\_reform/governance/mapping-of-WHO-engagement-with-non-State-actors.pdf?ua=1](http://www.who.int/about/who_reform/governance/mapping-of-WHO-engagement-with-non-State-actors.pdf?ua=1)>. Acesso em: 6 dec. 2015c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | World Health Organization**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/en/>>. Acesso em: 19 sep. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Ethical principles**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/ethics/en/#principles>>. Acesso em: 3 aug. 2017a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework of engagement with non-State actors**. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R10-en.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **OMS | Países**. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/es/>>. Acesso em: 1 jun. 2016c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **OMS | Gobernanza**. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/gov/sp/>>. Acesso em: 20 apr. 2016d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Election process for the WHO Director-General 2017**. Disponível em: <<http://www.who.int/dg/election/en/>>. Acesso em: 10 sep. 2017e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reports of committees of the Executive Board**. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_DIV3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_DIV3-en.pdf)>. Acesso em: 20 apr. 2016f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sixty-ninth World Health Assembly closes**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-28-may-2016/en/>>. Acesso em: 3 jun. 2016g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **La OMS: personal y oficinas**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/structure/es/>>. Acesso em: 1 jun. 2016h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Former Directors-General**. Disponível em: <<http://www.who.int/dg/former/en/>>. Acesso em: 11 sep. 2017a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Tedros Adhanom Ghebreyesus**. Disponível em: <<http://www.who.int/dg/election/tedros/en/>>. Acesso em: 10 sep. 2017b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Register of non-State actors (Pilot)**. Disponível em: <<http://apps.who.int/register-nonstate-actors/home.aspx>>. Acesso em: 5 oct. 2017c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A70.52 - Framework of engagement with non - State actors Report by the Director - General**. Genebra: [s.n.]. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_5-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_5-sp.pdf)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Executive Board members**. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/gov/executive-board-members.html>>. Acesso em: 12 aug. 2017e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. **EB1/18 Report of the**

---

**Committee on Non-Governmental Organizations.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. **EB2/69 Report of Standing Committee on Non-Governmental Organizations.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. **Draft report of the fifth session of the Executive Board.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. EB15.R54 Principles Governing Admission of Non-governmental Organizations into Official Relations with WHO. . 1955 a, p. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. EB17/31 - Principles Governing the Admission of Non-Governmental Organizations into Relations with WHO. . 1955 b, p. 16.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. **Official Records of the World Health Organization no. 68 - Executive Board - Seventeenth Session.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. EB53/7 - Selection of a Subject for the Future Organizational Study to be Made by the Executive Board. . 1973, p. 4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. **Triennial review of Nongovernmental Organizations in official relations with WHO (1975-1977) - Report by the Director-General.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. **EB63/38 - Review of Nongovernmental Organizations in Official Relations with WHO - Report by the Director-General.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. Executive Board, Sixty-Third Session: resolutions and decisions. . 1979 a, p. 163.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. EB63.R27 - Relations with Nongovernmental Organizations. . 1979 b, p. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. **EB107 - Decisions and list of resolutions.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. **EB111/22 - Policy for relations with nongovernmental organizations - Report by the Director-General.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. EB101.R11 - Nomination For The Post Of Director-General. . 2008, p. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD. EB140(10) - Engagement with non-State actors. . 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. SECRETARIAT. **WORLD HEALTH ORGANIZATION - Partnerships with nongovernmental organizations.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. SECRETARIAT. **Partnerships - Report by the Secretariat.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. STANDING COMMITTEE ON NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS. **First report of the Standing Committee on Non-governmental Organizations.** [s.l: s.n.]. Disponível em:

---

<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126292/1/EB5\\_87\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126292/1/EB5_87_eng.pdf)>. Acesso em: 23 sep. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. STANDING COMMITTEE ON NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS. **EB81/NGO/WP/1 - Review of Nongovernmental Organizations in Official Relations with WHO**. Genebra: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY. EB21.R32 - Amendment to Working Principles governing the Admission of Non-governmental Organizations into Official Relations with WHO. . 1958, p. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA21.28 - Working Principles governing the Admission of Non-governmental Organizations into Official Relations with WHO : Amendment to Paragraph 2 (vi). . 1968, p. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA34.36 Global Strategy for Health for All by the Year 2000. . 1981, p. 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA38.31 Collaboration with Nongovernmental Organizations in Implementing the Global Strategy for Health for All. . 1985, p. 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY. Appointment of the Director-General. . 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Sixty-third World Health Assembly - Resolutions and decisions**. Genebra: [s.n.]. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/WHA63\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY. **A70/DIV/1 - List of Delegates and other participants / Liste des Delegates et Autres Participants**Genebra: 2017Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/WHA70\\_DIV1REV1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/WHA70_DIV1REV1-en.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2017

---

## ANEXOS

### Anexo 1

#### **Organizações não governamentais com as quais a OMS mantém relações oficiais – 1948**

(WORLD HEALTH ORGANIZATION. EXECUTIVE BOARD, 1948a, 1948b)

1. League of Red Cross Societies
2. World Medical Association
3. International Union for Child Welfare
4. International Council of Nurses
5. International Dental Federation
6. World Federation of U.N. Associations
7. Inter-American Association of Sanitary Engineering
8. International Union against Venereal Diseases
9. International Union against Tuberculosis
10. International Union against Cancer
11. World Federation for Mental Health
12. International Committee of the Red Cross
13. International Hospital Federation
14. International Academy of Forensic and Social Medicine
15. International Leprosy Association
16. International Association for the Prevention of Blindness

## Anexo 2

### Organizações não governamentais com as quais a OMS mantém relações oficiais – 1957 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958)

- |    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 1  | Biometric Society   | 23 | International Organization against Trachoma                                |
| 2  | Central Council for Health Education                            | 24 | International Paediatric Association                                       |
| 3  | Council for International Organizations of Medical Sciences     | 25 | International Pharmaceutical Federation                                    |
| 4  | Federation Dentaire Internationale                              | 26 | International Society for Blood Transfusion                                |
| 5  | Inter-American Association of Sanitary Engineering              | 27 | International Society for Criminology                                      |
| 6  | International Academy of Legal Medicine and of Social Medicine  | 28 | International Society for the Welfare of Cripples                          |
| 7  | International Association of Microbiological Societies          | 29 | International Union against Cancer   |
| 8  | International Association for the Prevention of Blindness       | 30 | International Union for Child Welfare                                      |
| 9  | International Commission on Radiological Protection             | 31 | International Union for Health Education of the Public                     |
| 10 | International Commission on Radiological Units and Measurements | 32 | International Union against Tuberculosis                                   |
| 11 | International Committee of Catholic Nurses                      | 33 | International Union against Venereal Diseases and the Treponematoses       |
| 12 | International Committee of the Red Cross                        | 34 | League of Red Cross Societies  |
| 13 | International Confederation of Midwives                         | 35 | Medical Women's International Association                                  |
| 14 | International Conference of Social Work                         | 36 | Permanent Committee for the International Veterinary Congresses            |
| 15 | International Council of Nurses                                 | 37 | World Confederation for Physical Therapy                                   |
| 16 | International Diabetes Federation                               | 38 | World Federation for Mental Health   |
| 17 | International Federation of Gynecology and Obstetrics           | 39 | World Federation of Societies of Anaesthesiologists                        |
| 18 | International Federation for Housing and Town Planning          | 40 | World Federation of United Nations Associations                            |
| 19 | International Hospital Federation                               | 41 | World Medical Association  |
| 20 | International Hydatidological Association                       | 42 | World Union OSE (Child Relief and Health Protection of Jewish Populations) |
| 21 | International League against Rheumatism                         | 43 | World Veterans Federation  |
| 22 | International Leprosy Association                               |    |  |

## Anexo 3

### Organizações não governamentais com as quais a OMS mantém relações oficiais – 1967

- |  |   |
|--|---|
| 1. Biometric Society   | 32. International Hospital Federation   |
| 2. Central Council for Health Education  | 33. International Hydatidological Association                                 |
| 3. Council for International Organizations of Medical Sciences                 | 34. International League of Dermatological Societies                          |
| 4. Inter-American Association of Sanitary Engineering                          | 35. International League against Rheumatism                                   |
| 5. International Academy of Legal Medicine and of Social Medicine              | 36. International Leprosy Association   |
| 6. International Air Transport Association                                     | 37. International Organization against Trachoma                               |
| 7. International Association for Child Psychiatry and Allied Professions       | 38. International Paediatric Association                                      |
| 8. International Association of Logopedics and Phoniatics                      | 39. International Pharmaceutical Federation                                   |
| 9. International Association of Microbiological Societies                      | 40. International Planned Parenthood Federation                               |
| 10. International Association for Prevention of Blindness                      | 41. International Society of Biometeorology                                   |
| 11. International Astronautical Federation                                     | 42. International Society of Blood Transfusion                                |
| 12. International Brain Research Organization                                  | 43. International Society of Cardiology                                       |
| 13. International Commission on Radiological Protection                        | 44. International Society for Criminology                                     |
| 14. International Commission on Radiation Units and Measurements               | 45. International Society of Radiographers and Radiological Technicians.      |
| 15. International Committee of Catholic Nurses                                 | 46. International Society for Rehabilitation of the Disabled                  |
| 16. International Committee of the Red Cross                                   | 47. International Union of Architects   |
| 17. International Confederation of Midwives                                    | 48. International Union against Cancer  |
| 18. International Conference of Social Work                                    | 49. International Union for Child Welfare                                     |
| 19. International Council on Jewish Social and Welfare Services                | 50. International Union for Health Education                                  |
| 20. International Council of Nurses International Council of Scientific Unions | 51. International Union of Local Authorities.                                 |
| 21. International Council of Societies of Pathology                            | 52. International Union of Pure and Applied Chemistry                         |
| 22. International Dental Federation  | 53. International Union against Tuberculosis                                  |
| 23. International Diabetes Federation  | 54. International Union against the Venereal Diseases and the Treponematoses  |
| 24. International Epidemiological Association                                  | 55. International Water Supply Association                                    |
| 25. International Federation of Gynecology and Obstetrics                      | 56. League of Red Cross Societies   |
| 26. International Federation for Housing and Planning                          | 57. Medical Women's International Association                                 |
| 27. International Federation for Medical and Biological Engineering            | 58. Permanent Commission and International Association on Occupational Health |
| 28. International Federation of Physical Medicine                              | 59. World Confederation for Physical Therapy                                  |
| 29. International Federation of Sports Medicine                                | 60. World Federation of the Deaf  |
| 30. International Federation of Surgical Colleges                              | 61. World Federation for Mental Health  |
| 31. International Fertility Association  | 62. World Federation of Neurology   |
|  | 63. World Federation of Occupational Therapists                               |
|  | 64. World Federation of Societies of Anaesthesiologists                       |
|  | 65. World Federation of United Nations Associations                           |
|  | 66. World Medical Association   |
|  | 67. World Psychiatric Association   |
|  | 68. World Union OSE   |
|  | 69. World Veterans Federation   |
|  | 70. World Veterinary Association  |
|  | 71. World Veterans Federation   |
|  | 72. World Veterinary Association  |

## Anexo 4

### Organizações não governamentais com as quais a OMS mantém relações oficiais – 1992

1. African Medical and Research Foundation International
2. Aga Khan Foundation
3. Christian Medical Commission
4. Christoffel-Blindenmission
5. Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum
6. Commonwealth Association for Mental Handicap and Developmental Disabilities
7. Commonwealth Medical Association
8. Commonwealth Pharmaceutical Association
9. Council for International Organizations of Medical Sciences
10. Council of Directors of Institutes of Tropical Medicine in Europe
11. Helen Keller International, Incorporated
12. Industry Council for Development
13. Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering
14. Inter-Parliamentary Union
15. International Academy of Legal Medicine and Social Medicine
16. International Academy of Pathology
17. International Agency for the Prevention of Blindness
18. International Air Transport Association
19. International Association for Accident and Traffic Medicine
20. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
21. International Association for Suicide Prevention
22. International Association for the Study of Pain
23. International Association for the Study of the Liver
24. International Association of Agricultural Medicine and Rural Health
25. International Association of Cancer Registries
26. International Association of Hydatid Disease
27. International Association of Lions Clubs
28. International Association of Logopedics and Phoniatics
29. International Association of Medical Laboratory Technologists
30. International Association on Water Quality
31. International Astronautical Federation
32. International Brain Research Organization
33. International Bureau for Epilepsy
34. International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants
35. International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems
36. International College of Surgeons
37. International Commission for the Prevention of Alcoholism and Drug Dependency
38. International Commission on Occupational Health
39. International Commission on Radiation Units and Measurements
40. International Commission on Radiological Protection
41. International Committee of the Red Cross
42. International Confederation of Midwives
43. International Council for Laboratory Animal Science
44. International Council for Standardization in Hematology
45. International Council of Nurses
46. International Council of Scientific Unions
47. International Council of Societies of Pathology
48. International Council of Women
49. International Council on Alcohol and Addictions
50. International Council on Jewish Social and Welfare Services
51. International Council on Social Welfare
52. International Cystic Fibrosis (Mucoviscidosis) Association
53. International Dental Federation
54. International Diabetes Federation
55. International Electrotechnical Commission
56. International Epidemiological Association
57. International Ergonomics Association
58. International Eye Foundation
59. International Federation for Family Life Promotion
60. International Federation for Housing and Planning
61. International Federation for Information Processing
62. International Federation for Medical and Biological Engineering
63. International Federation for Preventive and Social Medicine
64. International Federation of Business and Professional Women
65. International Federation of Chemical Energy and General Workers' Unions
66. International Federation of Clinical Chemistry
67. International Federation of Fertility Societies
68. International Federation of Gynecology and Obstetrics
69. International Federation of Health Records Organizations
70. International Federation of Hospital Engineering
71. International Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy
72. International Federation of Medical Student Associations
73. International Federation of Multiple Sclerosis Societies
74. International Federation of Ophthalmological Societies
75. International Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies
76. International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations
77. International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation
78. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
79. International Federation of Sports Medicine
80. International Federation of Surgical Colleges

82. International Federation on Ageing
83. International Group of National Associations of Manufacturers of Agrochemical Products
84. International Hospital Federation
85. International League against Epilepsy
86. International League against Rheumatism
87. International Leprosy Association
88. International Life Sciences Institute
89. International Medical Informatics Association
90. International Medical Society of Paraplegia
91. International Organization against Trachoma
92. International Organization for Standardization
93. International Organization of Consumers Unions
94. International Pediatric Association
95. International Pharmaceutical Federation
96. International Physicians for the Prevention of Nuclear War
97. International Planned Parenthood Federation
98. International Radiation Protection Association
99. International Society and Federation of Cardiology
100. International Society for Biomedical Research on Alcoholism
101. International Society for Bum Injuries
102. International Society for Human and Animal Mycology
103. International Society for the Study of Behavioral Development
104. International Society of Biometeorology
105. International Society of Blood Transfusion
106. International Society of Chemotherapy
107. International Society of Hematology
108. International Society of Nurses in Cancer Care
109. International Society of Orthopedic Surgery and Traumatology
110. International Society of Radiographers and Radiological Technologists
111. International Society of Radiology
112. International Sociological Association
113. International Solid Wastes and Public Cleansing Association
114. International Special Dietary Foods Industries
115. International Union Against Cancer
116. International Union against the Venereal Diseases and the Treponematoses
117. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
118. International Union for Conservation of Nature and Natural Resources
119. International Union for Health Education
120. International Union of Architects
121. International Union of Biological Science
122. International Union of Family Organizations
123. International Union of Immunological Societies
124. International Union of Local Authorities
125. International Union of Microbiological Societies
126. International Union of Nutritional Sciences
127. International Union of Pharmacology
128. International Union of Pure and Applied Chemistry
129. International Water Supply Association
130. Joint Commission on International Aspects of Mental Retardation
131. Medical Women's International Association
132. Medicus Mundi Internationalis (International Organization for Cooperation in Health Care)
133. Mother and Child International
134. National Council for International Health
135. Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences
136. OXFAM
137. Population Council
138. Rehabilitation International
139. Rotary International
140. Royal Commonwealth Society for the Blind
141. Save the Children Fund
142. World Assembly of Youth
143. World Association for Psychosocial Rehabilitation
144. World Association of Girl Guides and Girl Scouts
145. World Association of Societies of (Anatomic and Clinical) Pathology
146. World Association of the Major Metropolises
147. World Blind Union
148. World Confederation for Physical Therapy
149. World Federation for Medical Education
150. World Federation for Mental Health
151. World Federation of Associations of Clinical Toxicology Centers and Poison Control Centers
152. World Federation of Hemophilia
153. World Federation of Neurology
154. World Federation of Neurosurgical Societies
155. World Federation of Nuclear Medicine and Biology
156. World Federation of Occupational Therapists
157. World Federation of Parasitologists
158. World Federation of Proprietary Medicine Manufacturers
159. World Federation of Public Health Associations
160. World Federation of Societies of Anesthesiologists
161. World Federation of the Deaf
162. World Federation of United Nations Associations
163. World Hypertension League
164. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
165. World Organization of the Scout Movement
166. World Psychiatric Association
167. World Rehabilitation Fund
168. World Veterans Federation
169. World Veterinary Association
170. World Vision International

## Anexo 5

### Organizações não governamentais com as quais a OMS mantém relações oficiais – 2017

1. Action Contre la Faim International
2. Aga Khan Foundation
3. Alliance for Health Promotion
4. Alzheimer's Disease International
5. American Society for Reproductive Medicine
6. Arogya Inc.
7. Bill & Melinda Gates Foundation
8. Caritas Internationalis
9. CBM
10. Cochrane
11. Consumers International
12. Corporate Accountability International
13. Council for International Organizations of Medical Sciences
14. CropLife International
15. Drugs for Neglected Diseases initiative
16. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion
17. European Centre for Ecotoxicology and Toxicology of Chemicals
18. European Society for Medical Oncology
19. Family Health International
20. FDI World Dental Federation
21. Foundation for Innovative New Diagnostics
22. Framework Convention Alliance on Tobacco Control
23. Global Diagnostic Imaging Healthcare IT and Radiation Therapy Tra...
24. Global Health Council
25. Global Medical Technology Alliance
26. Grand Challenges Canada
27. Handicap International Federation
28. Health On the Net Foundation
29. Health Technology Assessment International
30. Helen Keller International
31. HelpAge International
32. Human Rights in Mental Health-FGIP
33. Humatem
34. Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the He...
35. International Agency for the Prevention of Blindness
36. International AIDS Society
37. International Air Transport Association
38. International Alliance for Biological Standardization
39. International Alliance of Patients' Organizations
40. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and...
41. International Association for Dental Research
42. International Association for Hospice and Palliative Care Inc.
43. International Association for Suicide Prevention
44. International Association for the Scientific Study of Intellectua...
45. International Association for the Study of Pain
46. International Association of Cancer Registries (IACR)
47. International Association of Logopedics and Phoniatics
48. International Baby Food Action Network
49. International Bureau for Epilepsy
50. International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Re...
51. International College of Surgeons
52. International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection
53. International Commission on Occupational Health
54. International Commission on Radiological Protection
55. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Tech...
56. International Confederation of Midwives
57. International Council for Commonality in Blood Bank Automation In...
58. International Council for Standardization in Haematology
59. International Council of Nurses
60. International Council of Ophthalmology
61. International Diabetes Federation
62. International Epidemiological Association
63. International Ergonomics Association
64. International Eye Foundation
65. International Federation for Medical and Biological Engineering
66. International Federation of Biomedical Laboratory Science
67. International Federation of Business and Professional Women (BPW...)
68. International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Med...
69. International Federation of Gynecology and Obstetrics
70. International Federation of Medical Students' Associations
71. International Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies
72. International Federation of Surgical Colleges
73. International Federation on Ageing
74. International Food Policy Research Institute
75. International Hospital Federation

- 
76. International Insulin Foundation
  77. International Lactation Consultant Association
  78. International League against Epilepsy
  79. International Leprosy Association
  80. International Medical Corps
  81. International Network for Cancer Treatment and Research
  82. International Network of Women Against Tobacco
  83. International Network on Children's Health, Environment and Safet...
  84. International Occupational Hygiene Association
  85. International Organization for Medical Physics
  86. International Organization for Standardization
  87. International Pediatric Association
  88. International Pharmaceutical Federation (FIP)
  89. International Pharmaceutical Students' Federation
  90. International Physicians for the Prevention of Nuclear War
  91. International Planned Parenthood Federation
  92. International Psycho-Oncology Society
  93. International Rescue Committee
  94. International Society for Biomedical Research on Alcoholism
  95. International Society for Environmental Epidemiology
  96. International Society of Andrology
  97. International Society of Audiology
  98. International Society of Blood Transfusion
  99. International Society of Doctors for the Environment
  100. International Society of Nephrology
  101. International Society of Radiology
  102. International Society on Thrombosis and Haemostasis, Inc
  103. International Solid Waste Association
  104. International Spinal Cord Society
  105. International Union against Sexually Transmitted Infections
  106. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
  107. International Union for Health Promotion and Education
  108. International Union of Basic and Clinical Pharmacology
  109. International Union of Immunological Societies
  110. International Union of Nutritional Sciences
  111. International Union of Psychological Science
  112. International Union of Toxicology
  113. International Water Association
  114. International Women's Health Coalition Inc.
  115. IntraHealth International, Inc
  116. Iodine Global Network
  117. Italian Association Friends of Raoul Follereau
  118. Knowledge Ecology International
  119. Lifting The Burden
  120. March of Dimes Foundation
  121. Medical Women's International Association
  122. Medicines for Europe (former EGA)
  123. Medicines Patent Pool
  124. Medicus Mundi International Network Health for All
  125. Microclinic International
  126. Micronutrient Initiative
  127. MMV Medicines for Malaria Venture
  128. MSF International
  129. Multiple Sclerosis International Federation
  130. Organisation pour la Prévention de la Cécité
  131. Oxfam
  132. Pasteur International Network Association
  133. Project ORBIS International, Inc.
  134. RAD-AID International
  135. Rotary International
  136. Stichting Global Network of People Living with HIV/AIDS
  137. Stichting Health Action International
  138. Thalassaemia International Federation
  139. The Commonwealth Pharmacists Association
  140. The Fred Hollows Foundation
  141. The Global Alliance for Improved Nutrition
  142. The Global Alliance for Rabies Control, Inc.
  143. The International Alliance of Women: Equal Rights-Equal Responsib...
  144. The International Association of Lions Clubs
  145. The International Federation of Anti-Leprosy Associations
  146. The International Society for Burn Injuries
  147. The International Society for Prosthetics and Orthotics
  148. The International Society for the Prevention of Child Abuse and N...
  149. The International Society of Radiographers and Radiological Techn...
  150. The Population Council, Inc.
  151. The Royal Commonwealth Society for the Blind (Sightsavers)
  152. The Transplantation Society
  153. The World Medical Association, Inc.
  154. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance
  155. Tropical Health and Education Trust
  156. Union for International Cancer Control
  157. WaterAid
  158. World Association of Echinococcosis
  159. World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medici...
  160. World Blind Union
  161. World Cancer Research Fund International
  162. World Confederation for Physical Therapy
  163. World Council of Churches
  164. World Council of Optometry
  165. World Federation for Medical Education
  166. World Federation for Mental Health
  167. World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies
  168. World Federation of Chinese Medicine Societies
  169. World Federation of Hemophilia

- 
- |   |   |
|---|---|
| 170. World Federation of Hydrotherapy and<br>Climatotherapy | 178. World Hypertension League            |
| 171. World Federation of Neurology                          | 179. World Obesity Federation             |
| 172. World Federation of Neurosurgical Societies            | 180. World Organization of Family Doctors |
| 173. World Federation of Occupational Therapists            | 181. World Plumbing Council               |
| 174. World Federation of Public Health Associations         | 182. World Psychiatric Association        |
| 175. World Federation of the Deaf                           | 183. World Self-Medication Industry       |
| 176. World Heart Federation                                 | 184. World Stroke Organization            |
| 177. World Hepatitis Alliance                               | 185. World Veterinary Association         |
|   | 186. World Vision International           |