



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Clara Alves Silva

**Financiando a Saúde Global: uma análise das contribuições voluntárias da
Organização Mundial da Saúde (2014-2019)**

Rio de Janeiro

2021

Clara Alves Silva

Financiando a Saúde Global: análise das contribuições voluntárias para a Organização Mundial da Saúde (2014-2019)



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marilena Cordeiro Dias Vilella Correa

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586

Silva, Clara Alves

Financiando a Saúde Global: uma análise das contribuições voluntárias para a Organização Mundial da Saúde (2014-2019) / Clara Alves Silva – 2021.
163 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marilena Cordeiro Dias Vilella Correa

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde global - Economia - Teses. 2. Financiamento da assistência à saúde – Teses. 3. Direito à saúde – Teses. 4. Organização Mundial da Saúde – Teses. 5. Direito à saúde – Teses. 6. Recursos financeiros em saúde – Teses. I. Correa, Marilena Cordeiro Dias Vilella. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614.001.32

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Clara Alves Silva

**Financiando a Saúde Global: uma análise das contribuições voluntárias para a
Organização Mundial da Saúde (2014-2019)**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 13 de janeiro de 2022.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Marilena Cordeiro Dias Vilella Correa
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Pedro Henrique Villardi de Miranda
Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

A conclusão desse trabalho não seria possível sem o apoio e compreensão de algumas pessoas, as quais incondicionalmente me ajudaram a superar toda e qualquer barreira enfrentada durante essa produção textual, especialmente em seu período final, quando então surgia a pandemia de COVID-19. Algumas entidades e instituições também tiveram participação especial na construção da minha trajetória profissional e acadêmica, tecendo o caminho que me trouxe até aqui.

Antes de tudo, agradeço à minha mãe, Cida Alves. Ela foi minha maior incentivadora. Me fez superar, por completo, meu bloqueio de escrita durante a pandemia, ainda em 2020. As dezenas de páginas dessa dissertação foram resultados das primeiras linhas ainda escritas à mão – de mãos dadas com minha mãe. À minha psicóloga, Camila, que também restaurou minhas forças e, literalmente, me possibilitou começar e terminar esse texto.

Grata ao meu pai, Rosimar, à Aline e à Florinha, que me acolheram de braços abertos por vários meses da pandemia. À minha irmã, Cecília, que torce muito por mim. Às minhas tias queridas, em especial à Glória, que revisou cuidadosamente todo esse trabalho. Aos meus primos, avós. Enfim, agradeço a toda minha família, que me ensinou a sonhar com um mundo melhor e mais justo.

Agradeço a todos da ABIA e do GTPI, por tudo que lá aprendi. Sou grata, em especial, ao Pedro, que sempre compreendeu as minhas dificuldades e nunca desistiu de acreditar na minha competência. Aos colegas do Movimento de Saúde dos Povos e, principalmente, ao Matheus, minha maior companhia de aventuras em Saúde Global.

Grata a Vitória, Denise, Igor, João e Thávila, meus valorosos amigos – frutos das amizades de mestrado. Agradeço, calorosamente, a minha orientadora, Marilena; e os demais colegas do IMS. Foram eles que me acolheram e me apresentaram a Saúde Coletiva e todo seu compromisso com a vida, desfrutada em seu mais alto nível possível de saúde física, mental e social.

Obrigada, Lucas e Hugo, pelos meses de convivência – com muito carinho – na cidade de Niterói, também durante quarentena. Agradeço aos poucos, mas muitos dedicados, amigos do Rio e de Goiânia. Em especial, ao Rafael. Ele não pestanejou em me acolher quando eu muito necessitava. Me deu forças para terminar esse trabalho, mesmo depois de reviravoltas em minha vida pessoal, quando tudo parecia estar de “cabeça para baixo”, em especial neste último semestre de 2021. Eu, realmente, tenho muita sorte de tê-los por perto, presentes em meu caminho.

Agradeço aos profissionais de saúde envolvidos e comprometidos com o combate à pandemia de COVID-19, principalmente por meio do SUS. É a responsabilidade, o cuidado e o esforço dessas pessoas que me inspiraram e me motivaram a trabalhar para pertencer a essa rede de saúde – com gente engajada, preocupada com o cuidado do outro. Acredito que minha ambição em finalizar essa etapa tem a ver com a minha admiração por profissionais sanitários, essencialmente comprometidos com a igualdade, universalidade, integralidade e participação social. Com todos os indivíduos, coletivamente.

A luta pela saúde é uma luta por um mundo mais justo

Dr. Amit Sengupta

RESUMO

SILVA, Clara Alves. **Financiando a Saúde Global: análise das contribuições voluntárias para a Organização Mundial da Saúde (2014-2019)**. 2021. 163f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O fim da Guerra Fria, a permanente expansão do neoliberalismo econômico e a ascensão da Globalização, no final do século XX, repercutiram em transformações no comando da saúde em nível internacional, instaurando a Governança da Saúde Global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) se vê afetada por esse novo contexto e começa a ter sua autoridade e legitimidade contestadas. Essas insatisfações promoveram uma mobilização por mudanças na OMS, em termos de agenda e financiamento. Concomitantemente a esse cenário, e de forma relacionada, ocorre um aumento nas doações voluntárias que a organização recebe, impactando no seu orçamento e também na realização de suas funções. Todas essas mudanças, marcantes na atuação da agência, são de fundamental importância para compreender os esforços globais de garantia do direito à saúde. Assim, com o objetivo de compreender a nova dinâmica de financiamento da OMS e sua relação com a Governança Global da Saúde, pretendemos analisar as contribuições espontâneas e de boa vontade de seus doadores, no período referente ao 12º Programa Geral de Trabalho, compreendido entre 2014-2019.

Palavras-chave: Saúde Global. Financiamento. OMS. PPP. Fundações Filantrópicas. Direito à Saúde.

ABSTRACT

SILVA, Clara Alves. **Financing Global Health:** a review of voluntary contributions for the World Health Organization (2014-2019). 2021. 163f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The end of the Cold War, the permanent expansion of economic neoliberalism and the rise of Globalization at the end of the 20th century resulted in changes in health governance at the international level, establishing Global Health Governance. The World Health Organization (WHO) has been affected by this new context and its authority and legitimacy has begun to be challenged. These dissatisfactions have promoted a mobilization for transformations in the WHO, in terms of agenda and financing. At the same time, and in a related way, there is an increase in voluntary donations to the organization, impacting its budget and the performance of its functions. All these changes impact on the agency's performance and are of fundamental importance to understand global efforts to ensure the right to health. Thus, in order to understand the new dynamics of WHO financing and its relationship with Global Health Governance, we intend to analyze the voluntary contributions of its donors in the period referring to the 12th General Programme of Work (2014-2019).

Keywords: Global Health. Funding. WHO. PPP. Philanthropic Foundations. Right to Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Definindo a cena	100
Figura 2 –	Mandala de prioridades de liderança da OMS.....	104
Figura 3 –	Quadro de Cadeia de Resultados.....	111

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Assistência ao desenvolvimento para saúde por foco na área de saúde em bilhões de dólares por ano (1990-2018)	71
Gráfico 2 –	Assistência ao desenvolvimento para saúde por canal de assistência (1990-2018)	84
Gráfico 3 –	Empréstimos em saúde do Banco Mundial versus orçamento da OMS em bilhões de dólares por ano (1984-1996)	89
Gráfico 4 –	Comparação entre o Orçamento Pragmático aprovado, fundo disponível e implementação dos três biênios do 12º Programa Geral de Trabalho da OMS em milhões de dólares.....	114
Gráfico 5 –	Contribuições voluntárias dos países entre 2014 e 2019 (em milhões).....	125
Gráfico 6 –	Contribuições voluntárias de entidades entre 2014 e 2019.....	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Categorias e programas de área definidos pelo Programa Geral.....	109
Quadro 2 –	Previsão de mudança na distribuição dos recursos das categorias da OMS.....	113
Quadro 3 –	Ilustração das comparações entre documentos de antes e depois dos gastos da OMS.....	114
Quadro 4 –	Fundo disponível, total gasto e sobras de cada biênio (em dólares)	115
Quadro 5 –	Comparação entre a previsão de distribuição de recurso das categorias da OMS e o resultado após final do Programa Geral de Trabalho	118
Quadro 6 –	Tipos de contribuições voluntárias.....	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Status de pagamento de Estados-Membros e membros associados em relação às contribuições do orçamento de trabalho efetivo do ano corrente.....	67
Tabela 2 –	Proporção do orçamento da OMS pelo RBF e EBF por biênio.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	<i>The Access to COVID-19 Tools</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEPI	<i>Coalition for Epidemic Preparedness Innovations</i>
CERF	<i>Central Emergency Response Fund</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
EUA	Estados Unidos da América
EBF	<i>Extra Budget Funds</i>
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPTA	<i>Expanded Programme for Technical Assistance</i>
FBMG	Fundação Bill & Melinda Gates
FENSA	<i>Framework for Engagement with nonState actors</i>
FMI	Fundo Monetário Internacional
GBDA	Grupo do Banco de Desenvolvimento Africano
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para o Alívio da AIDS
UNPD	<i>United Nations Development Programme</i>
PPP	Parceria Público-Privada
PIB	Produto Interno Bruto
RBF	<i>Regular Budget Funds</i>
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas de HIV/AIDS
UNFIP	<i>United Nations Fund for International Partnership</i>
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
UNITAID	Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS, Malária e Tuberculose
UNOCHA	<i>United Nations Office for the Coordination of HUMANitarian Affairs</i>
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	A GOVERNANÇA DA SAÚDE GLOBAL E O PAPEL DA OMS.....	23
1.1	Desenvolvimento do Sistema ONU e a criação da OMS.....	24
1.2	A Governança da Saúde Internacional: o estadocentrismo e a centralidade da OMS.....	30
1.3	A dinâmica de disputa na OMS durante a Guerra Fria: entre campanhas verticais e horizontais.....	34
1.4	A expansão neoliberal e o atual estágio da OMS de evidência e avaliação.....	43
1.5	A Governança da Saúde Global: multi-institucionalismo e a crise de legitimidade da OMS.....	47
1.6	A ascensão de novos atores internacionais de saúde: Fundações Filantropocapitalistas e Parcerias Público-Privada (PPP) internacionais.....	53
2	CONTRIBUIÇÕES À OMS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE GLOBAL.....	63
2.1	As contribuições obrigatórias e a repreensão política por meio do financiamento.....	64
2.2	O combate ao HIV/AIDS e as transformações no financiamento internacional na saúde.....	69
2.3	As contribuições voluntárias e a influência de seus doadores na atuação da OMS.....	72
2.4	As reformas da OMS e as tentativas de mudança do seu sistema de financiamento.....	74
2.5	Triunfo do neoliberalismo no modelo de financiamento de programas da Saúde Global e a adesão da OMS.....	78
2.5.1	<u>Valorização das métricas na Saúde Global.....</u>	79
2.5.2	<u>Economia da Saúde e as práticas prevalentes do financiamento de iniciativas internacionais em saúde.....</u>	85
2.5.3	<u>A influência do Banco Mundial no modelo de financiamento de programas da OMS.....</u>	89
3	ETNOGRAFIA DOS RELATÓRIOS PROGRAMÁTICOS E	

	FINANCEIROS DA OMS	96
3.1	12º Programa Geral de Trabalho: Não Meramente a Ausência de Doenças	96
3.1.1	<u>Definindo a cena: percepções do Programa Geral sobre o contexto em que se insere</u>	100
3.1.2	<u>Principais desafios da OMS para o período do Programa Geral de Trabalho</u>	102
3.1.3	<u>Prioridades de liderança do Programa Geral de Trabalho</u>	104
3.1.4	<u>Categorias de trabalho e programas de área: divisão dos temas de atuação da OMS</u>	109
3.2	Programas Orçamentários Bienais e Relatórios de Resultados	113
3.2.1	<u>Orçamento total da OMS no período do 12º Programa Geral de Trabalho: orçamento proposto, disponível e implementado</u>	114
3.2.2	<u>Orçamentos dos programas base por categorias e programas de área</u>	116
3.2.3	<u>Segmentos fora do orçamento base: Erradicação da Poliomielite, Resposta a Surtos e Crises, Operações Escalonáveis e demais Programas Especiais</u>	119
3.3	Destrinchando os tipos de contribuições voluntárias	123
3.3.1	<u>Perfil dos principais doadores de contribuições voluntárias</u>	117
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICE A – Orçamento de categorias e segmentos por biênio.....	143
	APÊNDICE B – Orçamento de fundos por ano	145
	APÊNDICE C – Orçamento aprovado, disponível e gasto por programa de área.....	146
	APÊNDICE D – Contribuições voluntárias por doador e fundo (2014-2019)	153

INTRODUÇÃO

“Eu continuo sentindo que nós estamos falhando...”¹(SCIENCE, 2021), disse o atual Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, em entrevista à *Science*, em junho de 2021. Seu comentário respondeu a uma pergunta sobre o que ele sentiu quando foi vacinado contra o novo coronavírus² (COVID-19, da sigla em inglês para *Corona Vírus Disease 2019*), em maio de 2021. Data em que, finalmente, os trabalhadores de saúde da Etiópia, seu país de origem, tiveram acesso às primeiras doses da vacina contra o novo vírus. Sua reação à pergunta, que também inclui uma sensação de ‘desapontamento’³ (SCIENCE, 2021), parece se referir à resposta de países frente à maior pandemia do século XXI. Sua frustração quanto à (re)ação global se justifica. Afinal, pesa muitas responsabilidades sobre ele – representante da maior organização intergovernamental de saúde do mundo, a OMS, que, por sua vez, tem um papel de fundamental importância neste cenário: orientar e tomar medidas contra a disseminação (rápida) do vírus, entre outras ações.

De fato, diversas lideranças, instituições e ativistas, têm denunciado os problemas da lógica de enfrentamento à pandemia que predomina atualmente no mundo. Há quase 2 anos da caracterização da COVID-19 como pandemia pela OMS⁴, reconhecendo a existência de surtos da doença em vários países e regiões, o mundo registra atualmente (dezembro/21) mais de 5,3 milhões de mortes causadas pelo vírus e mais de 270 milhões de casos de COVID-19⁵ confirmados. Entretanto, ainda em 2020, começaram a surgir no mercado vacinas eficazes contra a doença, levando o mundo todo a deslumbrar com um fim iminente para a mortífera crise que se instaurou.

¹ O texto original em língua estrangeira é: “*I'm still feeling that we're failing*”.

² Segundo a entrevista da *Science*, o Diretor-Geral da OMS poderia ter se vacinado em dezembro de 2020, pelo menos cinco meses antes. No entanto, ele manifestou ter preferido esperar até que países de baixa renda da África e de outras regiões começassem suas vacinações.

³ O texto original em língua estrangeira é: “*disappointment*”.

⁴ Em 31 de dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2), responsável por causar a doença COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Finalmente, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Para mais detalhes sobre o histórico da pandemia ver: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.

⁵ Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 15 de dezembro de 2021.

Realmente, para alguns, a existência de vacinas seguras e eficazes no mercado foi um divisor de águas em relação ao combate à pandemia. Cerca de 8 bilhões de doses de vacinas foram administradas globalmente e alguns países já iniciaram campanhas de vacinação com doses de reforço para grupos específicos da sociedade. No entanto, definitivamente, essa não é a realidade do mundo inteiro. Se por um lado, quase 80% das vacinas foram administradas em países ricos (JOHNSON, 2021); por outro, apenas 3,6% das pessoas de países de renda baixa, como é o caso da Etiópia, foram vacinadas (com pelo menos uma dose) contra a COVID-19⁶. Mais contradições: Nos Emirados Árabes Unidos, 98,9 % das pessoas se vacinaram com pelo menos uma dose, e 90,2% estão completamente imunizadas. Porém, pelo menos 37 países não chegaram 5% da população completamente vacinada. Burundi, República Democrática do Congo, Chade, Haiti, Guiné-Bissau, Iêmen, Burkina Faso, Sudão do Sul, Mali, Tanzânia, Níger, Nigéria, Madagascar e também na Etiópia, país do Diretor-Geral da OMS, o percentual da população completamente vacinada não chegou a 2%⁷.

A inequidade de acesso a vacinas (ou *apartheid* das vacinas, como tem sido chamada a situação), embora dramática e criminosa, é apenas uma das consequências da forma como o mundo vem tratando a pandemia de COVID-19. E esse tratamento inequívoco e generalizado teve sérias consequências: a potencialização das desigualdades históricas do direito à saúde no mundo.

A altíssima demanda (sem precedentes) em contraposição com a oferta irrisória por estudos científicos e tecnológicos voltados para o desenvolvimento de vacinas, medicamentos e aparelhos hospitalares (como ventiladores), por máscaras, por Equipamentos de Proteção Individual (EPI), por leitos de UTI, dentre outras necessidades que se fizeram urgentes dentro desse cenário de pandemia, desencadeou uma crise de saúde pública nunca antes vista: as inúmeras mortes evitáveis em todo o mundo. (THE GUARDIAN, 2021; OXFAM, 2021). E para piorar esse quadro pandêmico, tivemos que deparar com a atuação dos monopólios gerados por direitos de Propriedade Intelectual, que resultou na alta abusiva, desproporcional de produtos e serviços ligados à área de saúde.

Para lidar com essa situação, que já se anunciava no início da pandemia, alguns dos principais atores internacionais da saúde, como a OMS, a Fundação Bill & Melinda Gates (FBMG), o Gavi *Alliance*, a Coalizão para a Promoção de Inovações e Preparação para Epidemias (*Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* – CEPI), dentre outras organizações, criaram o Acelerador de Acesso a Ferramentas contra COVID-19 (*The Access*

⁶ Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em: 15 de dezembro de 2021.

⁷ Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em: 15 de dezembro de 2021.

to *COVID-19 Tools Accelerator* - ACT Accelerator). O ACT possui quatro pilares, assim divididos: diagnóstico, tratamento, vacinas e sistemas de saúde. O pilar de vacinas é dirigido pelo COVAX - uma entidade de múltiplos atores, responsável por gerir o financiamento da compra por vacinas contra COVID-19 e também pela distribuição desses produtos pelo mundo afora (GLECKMAN, 2021; PHM, 2021).

No entanto, o COVAX tem falhado com a sua promessa de entregar vacinas para os países que mais necessitam. A entidade vem enfrentando déficit de financiamento, atraso em entregas, problemas de comunicação e de logística, denúncias sobre falta de participação social e transparência, conflito de interesse, dentre outras mais questões. Tudo isso tem levado o COVAX a cometer falhas (STAT NEWS, 2021; GLECKMAN, 2021; PHM, 2021; RADIS, 2021). Segundo o Diretor-Geral da OMS, a entidade “vem se debatendo para conseguir comprar doses suficientes para cobrir apenas 20% dos países de baixa renda até o final de 2021” (TEDROS *apud* RADIS, 2021, p. 24). Ou seja, ela falha até mesmo para alcançar suas metas pouco ambiciosas.

É, assim, legítimo o desapontamento de Tedros Adhanom sobre o combate à pandemia. Mesmo questionando o nacionalismo da vacina⁸, tido para ele como “moralmente indefensável”, “epidemiologicamente autodestrutivo e clinicamente contraprodutivo” (RADIS, 2021, p. 20), Tedros e, conseqüentemente, a OMS parecem assistir passivamente as falhas globais no combate ao coronavírus. No caso do COVAX, inclusive, a OMS tem sido marginalizada⁹ dos espaços de tomada de decisão. (GLECKMAN, 2021). É no mínimo curioso que a maior autoridade internacional da área da saúde não seja agente essencial de uma das maiores apostas no combate à pandemia.

A pandemia de COVID-19 colocou, nos últimos meses, em evidência questões primordiais para a discussão deste trabalho. Seus desdobramentos levantaram debates sobre a atuação da OMS, suas abordagens e financiamento. Dessa forma, apesar de ter tido início depois do começo dessa pesquisa, a pandemia atravessa os esforços relacionados à construção

⁸ O nacionalismo de vacinas é um movimento realizado por nações de alta e média renda para realizar acordos com empresas farmacêuticas para compra direta de imunizantes para vacinar a sua população por duas ou mais vezes. Essa lógica sugere a prioridade de países ricos em receber primeiro a imunização contra doenças pandêmicas mesmo que haja reivindicações reais em outros países e regiões por aqueles que mais precisam, como idosos, pessoas com comorbidade e profissionais de saúde. Para mais detalhes ver: SCHVEITZER, Mariana Cabral; THOME, Beatriz da Costa. Ética em pesquisa e alocação de recursos em tempos de covid-19. *Revista Bioética*, v. 29, p. 21-26, 2021.

⁹ A Reunião de Coordenação, órgão de mais alto nível do COVAX, é co-presidida pelo Presidente da Diretoria da CEPI e pelo Presidente da Diretoria da Gavi *Alliance*. Embora a OMS seja membro e participe da Reunião de Coordenação da COVAX, o Presidente da Assembléia Mundial da Saúde não tem um papel de liderança na Reunião de Coordenação. A composição da Reunião de Coordenação da COVAX e a conexão direta entre o Grupo Diretor da COVAX e a diretoria do Gavi significam que a OMS é efetivamente marginalizada e não atua nesta área crucial como a mais alta autoridade mundial em saúde (GLECKMAN, 2021)

desse trabalho, tanto em relação às inspirações para pesquisa quanto em relação aos desafios do processo de escrita.

A pandemia também colocou em prova a lógica de financiamento da Saúde Global. A hegemonia dos laboratórios farmacêuticos em desenvolver e oferecer tecnologias de combate à COVID-19 – apesar do altíssimo investimento público – e a aposta em Parcerias Público-Privadas (PPPs), com financiamento e participação de fundações filantrópicas, são exemplos da dinâmica vigente em termos de mobilização e arrecadação de recursos para a saúde mundialmente. Todos esses elementos são objetos de investigação centrais deste trabalho.

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 se dá no contexto atual da Governança da Saúde Global, objeto de análise do primeiro capítulo dessa dissertação. Mais especificamente, o capítulo 1 discute a transição da Governança da Saúde Internacional para a Governança da Saúde Global, durante a virada do século XX para o XXI, e, conseqüentemente, a transição do predomínio do estadocentrismo para a consolidação do multi-institucionalismo. De forma transversal a essa análise, o texto também discorre sobre a criação da OMS e a transformação da sua atuação e do seu relacionamento com outros atores internacionais importantes na área da saúde. Finalmente, o capítulo também apresenta e analisa as mudanças relacionadas ao formato das iniciativas em saúde pública e suas prioridades durante os anos, perpassando por desdobramentos políticos e suas implicações durante o imediato pós-Guerras, Guerra Fria e ascensão e triunfo da Globalização e do neoliberalismo como ideologia político-econômica.

O segundo capítulo apresenta as transformações do financiamento da OMS desde a sua criação, em 1948, até os dias de hoje. Ele caracteriza e analisa os dois principais tipos de contribuições ao orçamento da agência – obrigatórias e voluntárias – e debate algumas das estratégias usadas por doadores para incidir na Organização por meio da influência no orçamento. Por fim, o capítulo 2 apresenta a aproximação do Banco Mundial do campo da Saúde Global e as transformações das lógicas de financiamento influenciadas por esse movimento e, ainda, caracteriza algumas das ferramentas que o financiamento das iniciativas globais em saúde tem privilegiado no mundo, como o uso de métricas, análises de custo-benefício, etc.

O terceiro (e último) capítulo é o resultado da etnografia de documentos realizada em relatórios programáticos e financeiros da OMS, referentes ao período do 12º Programa Geral de Trabalho da agência, entre 2014 e 2019. Por meio da leitura, de programas bienais, de relatórios de resultados e de documentos que detalham as contribuições voluntárias da OMS, foi possível apresentar e analisar suas prioridades para esses anos de atuação, suas estimativas

de arrecadação e investimentos financeiros e seus resultados conquistados. O último capítulo também analisa as principais fontes de financiamento da OMS, estatais e não estatais, durante o período de estudo e suas prioridades dentro da agenda e das possibilidades de atuação da agência.

Por meio desses documentos, foi possível ainda apreender o destino dos maiores recursos dentro das atividades da OMS, assim como as áreas menos financiadas durante o período de estudo. Dessa forma, estimamos as prioridades dos doadores da organização e avaliamos sua compactuação perante as diretrizes aprovadas pela Assembleia Mundial de Saúde para o 12º Programa Geral da agência. Por fim, o terceiro capítulo inicia algumas reflexões que não poderão ser profundamente exploradas no momento, mas que deixam encaminhamentos para futuras pesquisas e esforços.

Objetivos

Objetivo Geral:

- Analisar as contribuições voluntárias recebidas pela Organização Mundial da Saúde no período de 2014-2019

Objetivos Específicos:

- Investigar a dinâmica de financiamento da OMS e suas propostas de mudança;
- Investigar o desenvolvimento da dinâmica do financiamento da Saúde Global e seus impactos sobre as características das políticas internacionais de Saúde Pública;
- Comparar planejamento versus aplicação financeira dos programas da Organização Mundial da Saúde do período em foco.

Metodologia

Esse trabalho, inicialmente, utilizou como metodologia a abordagem qualitativa da literatura sob a qual nos debruçamos. Ou seja, tem como referência artigos científicos, dissertações e teses acadêmicas. A partir desse material, identificamos as características dos elementos investigados, como a *Saúde Global* e a OMS, possibilitando assim situá-los dentro do contexto de interesse do trabalho. As referências usadas são de diferentes áreas do conhecimento, proporcionando um diálogo entre as esferas da Saúde Pública, da Economia Política, das Relações Internacionais e da Antropologia. Vale pontuar que, no decorrer do desenvolvimento do trabalho, foram usados gráficos, estatísticas e imagens retirados de fontes

variadas. Ademais, notícias jornalísticas também compuseram as referências dessa pesquisa a título de ilustração de momentos factuais importantes. E, finalmente, integrou o trabalho a realização de uma etnografia de documentos, que resultou no último capítulo deste texto.

1 A GOVERNANÇA DA SAÚDE GLOBAL E O PAPEL DA OMS

O campo da saúde pode ser lido por meio de variadas e complexas lentes. Da mesma forma, também são múltiplas as formas de incidir e atuar nessa área. Certas lentes e abordagens são priorizadas a partir das características e valores hegemônicos da governança estabelecida no território e do tempo em questão. Nesse sentido, para compreender a leitura predominante sobre o que define “saúde” (com as ações e ferramentas utilizadas para alcançar e garanti-la) é fundamental entender a dinâmica de desenvolvimento e manutenção dessa governança.

Sendo assim, para melhor analisar os valores e iniciativas da OMS, é também importante analisar o modelo de governança na qual ela está inserida, os elementos que regem essa governança e as suas expectativas para a atuação da agência. Na proposta em análise foram utilizados o conceito de governança dos autores Dogson, Lee e Drager (2002) e suas variações para a saúde em nível internacional.

Primeiro, eles definem, em termos gerais, a governança como

as ações e meios adotados por uma sociedade para promover a ação coletiva e entregar soluções coletivas em busca de objetivos comuns. Este é um termo amplo que abrange muitas maneiras pelas quais os seres humanos, como indivíduos e grupos, se organizam para atingir os objetivos acordados. Tal organização requer acordo sobre uma série de assuntos, incluindo associação dentro da relação cooperativa, obrigações e responsabilidades dos membros, a tomada de decisões, meios de comunicação, mobilização e distribuição de recursos, solução de controvérsias, regras e procedimentos formais ou informais relativos a todos eles¹⁰ (DODGSON; LEE; DRAGER, 2002, p. 6, tradução nossa).

Partindo dessa definição, os elementos que compõem uma governança podem ser altamente variados e coletivos, incluindo desde grupos comunitários locais a empresas transnacionais, passando por sindicatos trabalhistas, agências das Nações Unidas (ONU), dentre outros organismos. Percebe-se, nesse sentido, que governança é diferente de Governo, pois o primeiro termo se relaciona em âmbito público e privado das sociedades e, às vezes, com uma combinação dos dois (Ibidem).

¹⁰ O texto em língua estrangeira é: “as the actions and means adopted by a society to promote collective action and deliver collective solutions in pursuit of common goals. This a broad term that is encompassing of the many ways in which human beings, as individuals and groups, organize themselves to achieve agreed goals. Such organization requires agreement on a range of matters including membership within the co-operative relationship, obligations and responsibilities of members, the making of decisions, means of communication, resource mobilisation and distribution, dispute settlement, and formal or informal rules and procedures concerning all of these.”

Na área da saúde, os autores identificam a governança como o conjunto de ações e meios utilizados para organizar a promoção e proteção da saúde de uma ou mais populações. Essas ações e meios seguem regras formais e informais para recomendar, obrigar e ou proibir comportamentos. Elas podem ainda se institucionalizar a partir de mecanismos locais, nacionais, regionais e internacionais (Ibidem). A OMS, neste caso, opera como um mecanismo internacional que institucionaliza um conjunto de regras, ações e meios. Entretanto, a Organização é apenas um dos vários atores que compõem essa governança, interagindo e influenciando, reciprocamente, uns aos outros.

Este capítulo busca discutir alguns elementos da governança da saúde em nível internacional e suas transformações a partir do final da Segunda Guerra Mundial. Concomitantemente, o texto também aborda a atuação da OMS e suas mudanças, desde a sua criação, em 1948, até as últimas décadas, quando se instaurou a chamada Governança Global da Saúde. Para compreender a dinâmica de desenvolvimento e de transformação da agência e ainda da governança em que ela se insere, assim como a relação entre as duas, utilizamos os estágios descritivos da saúde (global) internacional da autora Birn (2009). Em suma, esse breve empreendimento histórico e teórico sobre a OMS (e seu contexto) contribuirá com a análise do capítulo dois sobre as estratégias de financiamento da agência durante as suas décadas de existência.

1.1 Desenvolvimento do Sistema ONU e a criação da OMS

O fim da Segunda Guerra Mundial desencadeou uma nova ordem internacional, reformulando as estruturas de governança no mundo e instaurando novas dinâmicas de poder em todas as áreas da vida. O desmantelamento do antigo sistema imperial e sua reincorporação a uma nova ordem (incluindo a descolonização e construção de novos Estados na África e na Ásia), fortemente atravessada por um contexto de polaridade, inaugurado pela Guerra Fria, instauram profundas mudanças no mundo e, não diferente, na organização da saúde internacionalmente (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Antes da Segunda Guerra, as atividades internacionais de saúde eram desenvolvidas por um número limitado de agências internacionais dispersas. Com a implantação da Liga das

Nações¹¹, no final da Primeira Guerra Mundial, também foi criada a Organização de Saúde da Liga das Nações. Porém, grandes agências de saúde já existiam, como o Escritório Sanitário Pan-Americano (ESPA), atual Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), criado em 1902, e o Escritório Internacional de Higiene Pública (EIHP), criado em 1907. Ambas nunca deixaram de funcionar e desenvolver políticas na área durante o entre guerras (CUETO, 2016; PACKARD, 2029).

Durante a Segunda Guerra, as instituições internacionais de saúde precedentes se atrapalharam¹². A Organização de Saúde da Liga das Nações, que já vinha sofrendo financeiramente com a Grande Depressão¹³, se manteve isolada e sem recursos em Genebra. O EIHP, com sede até então em Paris, se deslocou para o interior da França, em 1939, e colaborou com as forças nazistas envolvidas na guerra (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Enquanto isso, em 1943, foi fundada a Administração das Nações Unidas de Alívio e Reabilitação (UNRRA, da sigla em inglês para *United Nations Relief and Rehabilitation Administration*). A UNRRA, criada pelas potências ocidentais sob o comando dos Estados Unidos da América (EUA) e com 44 Estados-membros¹⁴, assumiu a responsabilidade das forças militares aliadas de prover socorro imediato durante a contraofensiva, na Europa, dos Aliados contra o Eixo¹⁵. Além de prestar assistência aos refugiados da guerra, as funções da Administração também incluíam a reabilitação da produção agrícola e industrial e o apoio às infraestruturas sociais básicas, como saúde e educação públicas, dentre outros serviços sociais (LOESCHER, 1993).

¹¹ A Liga das Nações, ou Sociedade das Nações, foi criada em 1919, após a Primeira Guerra Mundial pelo Tratado de Versalhes, que encerrou o conflito bélico entre a Tríplice Aliança e a Tríplice Entente. A criação da Liga tinha como objetivo evitar um novo conflito de grande dimensão e promover a confiança mútua entre os seus Estados-membros (ALBUQUERQUE, 2020)

¹² Durante a guerra, no entanto, escritórios médicos coloniais, como o escritório europeu da Fundação Rockefeller criado para prover alívio emergencial, e agências humanitárias, como a Cruz Vermelha, estiveram mobilizados em suprir necessidades de saúde da guerra (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016). A relação dos escritórios médicos coloniais, especificamente da Fundação, com o desenvolvimento das práticas de saúde pública adotadas pela OMS é tema das próximas páginas.

¹³ A Grande Depressão foi uma forte crise financeira que teve início em 1929 nos Estados Unidos, causando anos de recessão econômica internacional.

¹⁴ Em junho de 1943 o Departamento de Estado dos EUA publicou um primeiro projeto de acordo para estabelecer a UNRRA, com a concordância dos governos dos EUA, Grã-Bretanha, União Soviética, e China. Após discussões na Comissão de Relações Exteriores do Senado e na Comissão de Negócios Estrangeiros da Câmara e comentários de algumas das nações aliadas, foi emitido um segundo projeto em setembro e, em novembro, foi assinado como Acordo UNRRA por 44 nações participantes. Herbert Lehman, ex-governador de Nova Iorque e ex-diretor do Escritório de Alívio Estrangeiro e Operações de Reabilitações (OFFRO, da sigla em inglês para *Office of Foreign Relief and Rehabilitation Operations*), se tornou o primeiro Diretor-Geral da UNRRA (REINISCH, 2011). A UNRRA continuou o comprometimento do OFFRO com uma visão ampla sobre a reconstrução e reabilitação da Europa (PACKARD, 2020)

¹⁵ Em 1941, a Alemanha invade a União Soviética (URSS). Em resposta, a URSS se junta aos Aliados e freia a expansão das tropas do Eixo. A partir de então, os Aliados viram a guerra e iniciam uma contraofensiva nos territórios ocupados, reconquistando-os e levando o Eixo a derrota, em 1945.

A divisão de saúde da UNRRA coordenou atividades de ajuda em escala massiva nos países destruídos pelo conflito, se utilizando de recursos que restaram das agências internacionais de saúde do pré-guerra, como recursos humanos (com a adesão de centenas de profissionais da saúde de diferentes países) e financeiros (de cerca de US\$ 80 milhões por ano, o equivalente a US\$ 1 bilhão por ano, em 2015) (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016). Para estadunidenses e britânicos, os altos gastos da UNRRA resolveriam problemas de excedentes mundiais, como a instabilidade do comércio (gerada pela guerra) e a falta de emprego para soldados regressos. O alívio da Europa representou o primeiro passo para se estabelecer uma economia mundial estável em tempos de paz. A partir de então, surgiram novos motivos para se considerar futuras cooperações, futuros mecanismos internacionais. Nesse sentido, a criação da Administração significou a primeira manifestação de esforços dos países aliados de construir uma nova ordem internacional - depois do fracasso do pós-Primeira Guerra¹⁶ (REINISCH, 2011).

A UNRRA, no entanto, foi criticada por diversas frentes (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; LOESCHER, 1993; PACKARD, 2016; REINISCH, 2011). Mesmo durante a sua criação, o grau diferenciado de poder centralizado em suas sedes, em Washington e Londres, foi motivo de tensão entre estadunidenses e britânicos. Estadunidenses e europeus, em geral, possuíam relevantes diferenças de perspectivas, tanto sobre as necessidades emergenciais de alívio quanto sobre a colaboração internacional em geral¹⁷ (REINISCH, 2011). Além disso, com o passar do tempo, os países europeus ocidentais passaram a se mostrar temerosos com o crescimento econômico dos EUA, por meio do fornecimento de suprimentos para a Administração (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016). Assim, essas tensões entre aliados ocidentais fizeram da UNRRA um espaço de disputa.

A União Soviética (URSS) também criticou a UNRRA por considerar equivocada a provisão de ajuda aos países do leste europeu. Por outro lado, a direita norte-americana condenou-a por acreditar que ela excedeu a ajuda a esses mesmos países (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016). Em meio às tensões e insatisfações sobre a UNRRA, os EUA, que forneciam

¹⁶ A eclosão da Segunda Guerra Mundial, com proporções radicalmente superiores a Primeira Guerra, atestou que a Liga das Nações não cumpriu seu principal objetivo. Apesar do seu funcionamento formal até 1946, a guerra deixou evidente que a criação e consolidação da Liga possuía sérias falhas, tanto teóricas quanto práticas, que precisariam ser corrigidas no caso da criação de uma nova organização internacional (ALBUQUERQUE, 2020)

¹⁷ A UNRRA foi chefiada por um Diretor-Geral e governada por um Conselho (compostos por todos os Estados-Membros) e um Comitê Central composto pelos EUA, Grã-Bretanha, China e URSS. No entanto, instalou-se desacordos relativos ao poder das nações participantes no seio dos seus órgãos de decisão política. Desde o início, vários países europeus protestaram contra a composição de quatro potências do seu Comitê Central, que a controlava na prática. Estes desentendimentos depressa levaram a uma divisão entre a administração ocidental e países da Europa Central e Oriental (REINISCH, 2011).

70% dos fundos para esta organização e para suas lideranças (LOESCHER, 1993), anunciaram sua intenção de se retirar da Administração. Em resposta, no final de 1946, enquanto constatava a indisponibilidade de contribuições financeiras para o orçamento de 1947, a quinta sessão do Conselho da UNRRA decidiu pelo seu fim (REINISCH, 2011), selando o desacordo entre seus membros sobre sua atuação.

Segundo Birn, Pillay e Holtz (2016), de toda forma, a UNRRA foi uma precursora chave da OMS, que viria a ser criada poucos anos à frente. A OMS absorveu tanto as atividades de saúde da UNRRA¹⁸ como também o seu quadro de profissionais – aliás, toda primeira geração de pessoal era advinda da extinta entidade. Inclusive, como há de se ver nas páginas seguintes, os dois importantes médicos que lideraram a proposta de criação da OMS, o brasileiro Geraldo de Paulo Souza e o chinês Szeming Sze, trabalharam na UNRRA durante a Segunda Guerra (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Como já sugerido, as principais forças aliadas se movimentaram entre si no sentido de desenvolver condições para instaurar uma nova ordem após o fim dos conflitos. Em 1941, EUA e Reino Unido assinaram o Tratado do Atlântico, clamando por uma nova dinâmica de cooperação econômica para o pós-guerra. Na esteira desse movimento, em 1942, 26 países comprometidos com a vitória dos Aliados contra o Eixo assinaram a Declaração das Nações Unidas, da qual se deriva a própria Organização das Nações Unidas (ONU). Em 1944, China, URSS, Reino Unido e EUA desenvolveram planos para a ONU (Ibidem). Com a vitória final dos aliados, em 1945, os planos para uma nova governança mundial começam a ser colocados em prática. Assim, são criadas uma série de instituições que seriam responsáveis por legitimar o consenso dos países vencedores.

A ONU, finalmente, é criada, surgindo, a partir de então, uma série de outras agências especializadas em campos diversos e específicos – não necessariamente mais ligadas exclusivamente às questões sanitárias. Inicialmente, a área da saúde não era uma prioridade na agenda das grandes potências vitoriosas. Diferentemente do que aconteceu na Primeira Guerra, que sofreu com uma série de epidemias que se prolongaram até o fim dos conflitos, a Segunda Guerra não teve que enfrentar grandes surtos epidêmicos entre militares e civis. Ações travadas pelas próprias agências médicas militares, somadas aos esforços da UNRRA, possibilitaram certo controle de enfermidades. Além do mais, com a ascensão de novas

¹⁸ Os bens e o pessoal da UNRRA foram distribuídos, para além da OMS, também entre a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), a Organização Internacional para os Refugiados e o Fundo de Emergência Infantil das Nações Unidas (REINISCH, 2011).

tecnologias biomédicas, como o antibiótico penicilina¹⁹, se estabelece uma certa confiança na segurança sanitária do controle de doenças (Ibidem).

EUA e Reino Unido, inclusive, àquela época, concordaram secretamente que saúde não seria um tópico da pauta da Conferência de São Francisco²⁰ (PACKARD, 2016). No entanto, os países pobres e menos industrializados ainda enfrentavam sérias doenças endêmicas vinculadas à pobreza e às más condições sanitárias. Esse cenário demandava uma ação internacional. Levando em conta essa compreensão da situação da saúde no mundo, duas lideranças de países em desenvolvimento, no caso, Brasil e China, recomendaram a formação de uma autoridade internacional de saúde durante o encontro de fundação da ONU. Os profissionais da extinta UNRRA, o brasileiro Geraldo de Paulo Souza e o chinês Szeming Sze (já aqui citados) se articularam, em nome de suas nações, à favor da criação da OMS (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016), consolidando uma demanda fundamental de países em desenvolvimento.

Em 1946, uma conferência internacional inaugural sobre o tema da saúde, realizada em Nova York, reuniu mais de 50 especialistas em saúde do mundo para rascunhar a constituição da OMS. Em 7 de abril de 1948, seguindo o requerimento de ratificação e comprometimento de financiamento de 26 países, a OMS foi fundada. A sua carta de constituição foi baseada na solidariedade, na concepção de saúde em termos políticos e sociais e no papel forte do Estado como responsável pela garantia do direito à saúde (Ibidem). Esses princípios fundadores são frequentemente reivindicados por diversos grupos como o norte da política de saúde da agência. Entretanto, como será discutido, esses mesmos pilares se encontram em constante disputa entre as forças que interagem com (e na) OMS.

Os primeiros anos da organização são marcados pelo seu desenvolvimento institucional e seu crescimento. Esse período, segundo Birn (2009), compreende entre o ano de sua criação, em 1948, até os anos 70, quando a saúde (global) internacional passa pelo estágio de forte burocratização e profissionalização²¹. Nesse momento, a OMS vivenciou um

¹⁹ A penicilina foi descoberta nos anos 1920 e adaptada para produção em massa para uso durante a Segunda Guerra. Porém, muitas outras novas tecnologias - como o inseticida DDT (diclorodifeniltricloroetano), novos antibacterianos, antimicrobianos e vacinas para influenza, pneumonia e praga - usadas no conflito também contribuíram para a crença na ciência e na medicina como fonte de superação das doenças e epidemias que atormentaram a humanidade por séculos (PACKARD, 2016)

²⁰ Na Conferência de São Francisco, em 1945, foi assinado o tratado constitutivo da ONU, conhecido como Carta das Nações Unidas ou Carta de São Francisco. A Carta teve aprovação unânime e foi assinada por 51 Estados (ALBUQUERQUE, 2020)

²¹ A autora Birn (2009), em seu artigo *The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history?*, dividiu a saúde (global) internacional em cinco estágios. Antes de chegar ao estágio de burocratização e profissionalização (1946-1970), ela categorizou dois estágios anteriores à criação da OMS. São eles, estágio de reunião e saudação (1851-1902), quando ocorrem as primeiras convenções e acordos sobre a

importante crescimento do número de seus profissionais e de seu orçamento²². Com um terço de seus funcionários alocados na sede principal em Genebra, e mais um quarto nos escritórios regionais, a burocratização da OMS envolveu planejamentos de curto e longo prazo, programas e pesquisas, definição de padrões e regulações, convocação de reuniões e comitês de especialistas, supervisão e avaliação de atividades, etc. A profissionalização, na mesma medida, passou pela formação de trabalhadores da saúde, pesquisadores, administradores e tomadores de decisão. Só nas primeiras duas décadas e meia de trabalho, a OMS patrocinou mais de 50 mil bolsas de capacitação nas mais diversas áreas da saúde (Ibidem).

No intuito de reunir capacidade científica já reconhecida, a OMS convocou profissionais de várias nacionalidades e se utilizou de princípios e práticas das agências de saúde precedentes, incluindo escritórios médicos coloniais e laboratórios que tinham sido reduzidos ou desmantelados durante a guerra. Nesse sentido, profissionais europeus e estadunidenses acabaram por estar super-representados nas equipes permanentes da Organização, embora cientistas de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, além de institutos de medicina tropical, também tenham sido filiados à estrutura da OMS (Ibidem).

Dentre as instituições anteriores à OMS, que influenciaram a sua primeira geração de profissionais, a mais importante foi a estadunidense Fundação Rockefeller²³. Os dois principais consultores de saúde da Fundação planejaram e dirigiram a UNRRA – instituição que serviu de preparação para a criação da OMS. O *modus operandi* da divisão de saúde da Fundação teve ainda mais ressonância na OMS quando ela elegeu, em 1953, seu segundo Diretor-Geral, Marcolino Candau. Ele trabalhou na Fundação Rockefeller, assim como Fred Soper, diretor da OPAS – maior e mais importante escritório regional da OMS, entre 1947 e 1958 (Ibidem).

necessidade de partilhar informações sobre surtos epidêmicos e de impor quarentenas durante a era imperial; e estágio institucionalização (1902-1939), quando se estabelecem as primeiras agências sanitárias internacionais e surgem tratados sanitários, pesquisa/educação sanitária internacional incipiente e campanhas de doenças. As próximas páginas passarão por esses dois momentos anteriores e descreverão os três estágios posteriores.

²² A equipe da OMS expandiu de 206 funcionários, em 1948, para 1.481, em 1957, e 3.178, em 1967. Em relação ao seu orçamento, o crescimento foi de US\$ 3,8 milhões, em 1948, para US\$ 17,7 milhões, em 1957; US\$ 67,6 milhões, em 1967, e, finalmente, para US\$ 187,2 milhões, em 1978 (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016, p. 53).

²³ A Fundação Rockefeller foi a organização internacional de saúde mais poderosa e influente nas primeiras décadas do século XX, com operações em 80 países ao redor do mundo, combatendo ancilostomose (ou amarelão), bilharzíase (barriga d'água), malária e febre amarela. Ela estabeleceu, em 1913, um Conselho de Saúde Internacional (IHB, da sigla em inglês para *International Health Board*) para disseminar a ciência da higiene pelo mundo e capacitar médicos que viriam a ser lideranças internacionais importantes na área da saúde pública. A Fundação financiou a construção de escolas de medicina tropical e saúde pública em 21 países e financiou a capacitação de centenas de profissionais da saúde de países em desenvolvimento (PACKARD, 2016).

É possível perceber, dessa forma, que a criação da OMS como uma agência da ONU faz parte de um contexto no qual os países vitoriosos da Segunda Guerra articularam o estabelecimento de uma nova ordem. Os primeiros anos da agência são marcados pela consolidação de um projeto com antecedentes bem estabelecidos entre as forças aliadas, mais especificamente pelos EUA e suas entidades, como a Fundação Rockefeller. Assim, ao menos durante as suas primeiras décadas de existência, a agenda e as atividades da OMS foram fortemente influenciadas pelos valores e práticas das instituições precedentes e lideranças ocidentais vitoriosas.

A própria proposta de estabelecimento da OMS, proposta por países em desenvolvimento frente ao desinteresse das principais potências mundiais, no entanto, demonstra um diferente eixo de disputa geopolítica muito importante. Demandas diferentes entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como as tensões instauradas pela Guerra Fria entre Leste e Oeste, fazem da OMS um palco para rivalidades constantes entre as forças que se movimentaram na governança de saúde em nível internacional. Todas essas questões influenciaram, durante anos, a construção de políticas internacionais de saúde, dentro e fora da OMS, e, inclusive, o modelo de financiamento da saúde no mundo.

1.2 A Governança da Saúde Internacional: o estadocentrismo e a centralidade da OMS

A criação da OMS se dá em um momento denominado (pela literatura específica) de *Saúde Internacional* (CUETO, 2015) ou Governança da Saúde Internacional²⁴ (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002). Este período foi palco de esforços dos governos nacionais. Ou seja, de Estados-nações que se relacionarem e se uniram com a intenção de promover mudanças na área da saúde (CUETO, 2015). As primeiras formas de Governança da Saúde Internacional, sob a forma de cooperação em saúde entre dois ou mais países, advêm de muitos séculos, por intermédio da adoção de práticas de quarentena em meio a relações comerciais crescentes e a criação de organizações regionais de saúde. O processo de construção de estruturas institucionais, regras e mecanismos para defender e promover sistematicamente a saúde

²⁴ Dogson, Lee e Drager (2002) utilizam o termo em inglês *International Health Governance* (IHG)

humana, por meio das fronteiras nacionais, no entanto, começou de forma mais concentrada durante o século XIX²⁵ (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002).

A partir de 1851, com a organização da primeira Conferência Sanitária Internacional, os governos europeus e, posteriormente, dos EUA, além de alguns países não industrializados, passaram a se reunir em conferências com o intuito de desenvolver consensos internacionais relacionados a casos de suspeita e confirmação de enfermidades epidêmicas (CUETO, 2015). Essas conferências adotaram diversas convenções sanitárias, nas quais, de maneira geral, previam: i) a obrigação dos países de notificar uns aos outros casos de surto de uma doença específica; e ii) a obrigação de delimitar medidas de prevenção sanitárias que poderiam implicar na restrição do comércio e no tráfico de mercadorias, assim como no trânsito de pessoas (OTTERSON; HOFFMAN; GROUX, 2016).

Com o passar do tempo, essas conferências também adotaram uma série de instituições sanitárias internacionais, que passaram a desenvolver políticas na área, como os já citados ESPA e EIHP (Ibidem). Para Dogson, Lee e Drager (2002), essas

conferências formalizaram um princípio básico que definiu os esforços subsequentes para construir a [Governança da Saúde Internacional -] GSI, nomeadamente, o reconhecimento de que atuar em cooperação através de regras e procedimentos acordados permite aos governos proteger melhor as suas populações nacionais contra os riscos de saúde que cruzam fronteiras nacionais. Como tal, as instituições adotadas foram encaradas como uma extensão de responsabilidades dos governos participantes no campo da saúde no nível internacional (intergovernamental)²⁶ (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002, p. 9, tradução nossa).

No entanto, a preocupação principal nessas conferências era, além da saúde das pessoas, minar ameaças às trocas comerciais internacionais pelo estabelecimento de convenções baseadas em evidências científicas de saúde (CUETO, 2016; OTTERSON; HOFFMAN; GROUX, 2016). O uso da ciência como critério para tomada de decisões na Governança da Saúde Internacional levou a um acúmulo crescente de conhecimento científico

²⁵ Com o fim das Guerras Napoleônicas, em 1815, os estados da Europa desenvolveram uma série de instituições internacionais para promover a paz, o desenvolvimento econômico e responder a preocupações coletivas, dentre elas, a propagação de doenças contagiosas. Este processo de institucionalização da GIS foi uma consequência da intensificação da globalização da saúde durante este período. Nomeadamente, estas iniciativas se beneficiaram do apoio de elites políticas e econômicas de todas as sociedades europeias que acreditavam que a propagação transfronteiriça de doenças iriam dificultar a industrialização e a expansão do comércio internacional (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002)

²⁶ O texto em língua estrangeira é: “conferences formalized a basic principle that has defined subsequent efforts to build IHG, namely the recognition that acting in cooperation through agreed rules and procedures enable governments to better protect their domestic populations from health risks that cross national borders. As such, the institutions adopted were envisioned as an extension of participating governments' responsibilities in the health field to the international (intergovernmental) level”

compartilhado²⁷. Reuniões internacionais técnicas sobre conteúdos relacionados à saúde refletiram em avanços substanciais na compreensão das causas de uma série de doenças. Da mesma forma, reuniões sobre questões sociais ajudaram a compreender seus impactos na saúde pública (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002). Ou seja, essa estruturação da saúde em nível internacional contribuiu também com o desenvolvimento do campo.

Mais à frente, já no século XX, o término da Segunda Guerra inaugurou uma expansão significativa da Governança da Saúde Internacional, configurando o momento de maior e mais complexo desenvolvimento daquele modelo. Progressivamente, o mundo evidenciou o aumento do número de Estados (relacionado à extinção dos impérios coloniais e à consequente independência de países da África e Ásia), que foram incorporados ao quadro institucional do sistema ONU, de organizações intergovernamentais, agências especializadas e Organizações Não-Governamentais. Com o progresso da medicina, surge a indústria farmacêutica e outros setores de biotecnologia (BERRIDGE; LOUGHLIN; HERRING, 2009). Todos esses perfis de atores passaram a interagir e influenciar na Governança da Saúde Internacional.

Dentre os atores, no entanto, os Estados, especificamente, se consolidaram protagonistas dessa Governança (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002), evidenciando a primazia do estadocentrismo no imediato pós-Guerras (VILLARDI, 2018). Esses Estados passaram a interagir por meio das instituições multilaterais recém-criadas. Isso para reger a nova ordem internacional, pois se acreditava que o multilateralismo era a melhor maneira de alcançar a paz e a cooperação²⁸ (BUXTON, 2019). Essa dinâmica possibilitou a consolidação da OMS como a principal autoridade no campo da saúde²⁹ (BERRIDGE; LOUGHLIN; HERRING, 2009; BIRN, 2009; BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

A nova agência internacional de saúde inaugurou uma estrutura de decisão democrática, em que cada país tem direito a voto durante a Assembleia Mundial da Saúde. Diferentemente do sistema da Organização de Saúde das Nações Unidas, em que o voto é

²⁷ O EIHP foi um marco na GSI, pois proporcionou um fórum permanente para os países compartilharem conhecimentos sobre saúde pública, que também foi adotado posteriormente pela Organização da Saúde da Liga das Nações (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002).

²⁸ A crença hegemônica durante o imediato pós-Guerras considerava ser responsabilidade dos governos de cada Estado: ser representantes de suas populações, cooperar para resolver questões políticas, econômicas e sociais e fazer avançar o desenvolvimento da agenda internacional a partir de suas atuações dentro de organizações multilaterais, como as Nações Unidas (e suas muitas agências) e as Instituições de Bretton Woods (FMI e Banco Mundial) (BUXTON, 2019).

²⁹ Nunca antes havia sido possível na Governança da Saúde Internacional a unificação política de sua agenda e a atuação em uma única agência mundial, visto que, antes do fim da Segunda Guerra, tensões entre países membros das agências anteriores impediram a sua unificação (CUETO, 2015).

vinculado à proporcionalidade da doação financeira de cada país³⁰ (BIRN, 2009). E mais: o investimento inicial da OMS em burocratização e profissionalização lhe conferiu um papel de órgão técnico e imparcial. Essas características, somadas a adesão, cada vez maior, de países-membros, consolidaram a legitimidade da OMS, que passou a ser figura central dentro da Governança da Saúde Internacional (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Outra importante característica da organização é a sua perspectiva de universalidade. De acordo com sua Constituição (1946), seu maior objetivo é a obtenção do mais alto nível de saúde possível para todos os povos. Segundo Dogson, Lee e Drager (2002), o ideal de universalidade intrínseco à fundação da OMS sela o seu forte comprometimento em atender as necessidades de saúde de todas as pessoas do mundo. Esse mesmo compromisso foi reafirmado várias vezes, desde a sua criação até os dias atuais.³¹ Desde sempre, o *ideal da universalidade* permanece central em seu mandato e atividades (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002).

Os autores afirmam ainda que a OMS tem como pressuposto que o alcance da saúde por todos parte, principalmente (embora não exclusivamente), do trabalho de instituições intergovernamentais, em conjunto com os Ministérios da Saúde dos seus Estados-membros. Nesse sentido, a universalidade é definida pelo número de Estados-membros, visto que as populações estão representadas pela participação de seus países na Assembleia Mundial de Saúde. Essa compreensão é fortemente definida pelo respeito à soberania de cada país. Sendo assim, o papel da OMS é contribuir com os esforços dos governos em garantir a saúde de suas populações (Ibidem). Reafirma-se, assim, a evidente supremacia do papel do Estado, o estadocentrismo, e da OMS na Governança da Saúde Internacional.

Ainda nos seus primeiros anos de atuação, a OMS já se provou altamente efetiva ao responder à epidemia de cólera desencadeada no Egito, em 1947. Neste caso, a organização distribuiu milhares de vacinas para a enfermidade, e forneceu informação e conteúdo sobre a questão para várias partes interessadas. Esse empreendimento demonstrou aos países centrais a utilidade da OMS (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016), reforçando sua grande legitimidade.

³⁰ A demanda por um organismo internacional de saúde mais representativo data desde, pelo menos, o período de atuação da UNRRA, quando países e lideranças da área da saúde se demonstravam descontentes com a lógica de poder do Comitê Central da Administração (REINISCH, 2011).

³¹ O compromisso com a atenção às necessidades de todos foi reafirmado, principalmente, pela OMS, durante a década de 1970, com a estratégia Saúde para Todos, e na década de 1990, com a Estratégia Renovando Saúde para Todos (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002).

Apesar da polarização da Guerra Fria³², em suas primeiras décadas, a OMS seguiu desfrutando de uma ampla compreensão acerca de sua autoridade, de seu alcance (por meio dos seus escritórios nacionais e regionais) e de seu quadro técnico profissional. Mesmo quando países do bloco soviético saíram do sistema ONU e, conseqüentemente, da OMS, em 1949³³, a URSS continuou a contribuir financeiramente de forma relevante com o orçamento da agência (BIRN, 2009).

A OMS, no entanto, não ficou imune às tensões que se desencadearam entre os blocos Oriental e Ocidental. Ademais, com a ascensão de diversos países recém-independentes do chamado Terceiro Mundo na arena da Governança da Saúde Internacional, se consolida - além do conflito Leste-Oeste entre países capitalistas e comunistas - uma tensão no eixo Norte-Sul, entre países ricos e pobres (VILLARDI, 2018). Essa dinâmica começa a colocar em xeque a autoridade unívoca da Organização.

1.3 A dinâmica de disputa na OMS durante a Guerra Fria: entre campanhas verticais e horizontais

Apesar da grande expectativa sobre um mundo pós-Guerras, baseado genuinamente em cooperação, a Guerra Fria levou o Oeste e o Leste a competirem por poder e influência³⁴. Conseqüentemente, a *Saúde Internacional* se tornou um peão nesse jogo de xadrez (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

URSS e EUA, polos opostos no contexto da Guerra Fria, possuíam interpretações contrárias em matéria de saúde pública. Segundo Cueto (2015),

(o)s soviéticos acreditavam em uma estreita relação entre problemas sociais e de saúde. Denunciaram as condições precárias de trabalho da população e a exploração capitalista como as raízes da doença. Na URSS, proibiu-se a prática médica privada e nacionalizaram-se serviços de saúde como parte de um projeto de estatização de vários setores da economia. Por sua parte, nos Estados Unidos, confiava-se num modelo misto de médicos privados e públicos e uma rede de hospitais e programas verticais contra doenças específicas, para a melhora da saúde (CUETO, 2015, p. 35).

³² A Guerra Fria é geralmente reconhecida como o momento de forte tensão geopolítica entre o Bloco Oriental e Ocidental, respectivamente liderados por URSS e EUA - do final da Segunda Guerra Mundial até a dissolução da URSS, em 1991.

³³ Em 1949, os países do Bloco Oriental, incluindo a URSS, saíram do sistema da ONU em represália às tensões da Guerra Fria. Porém, retornaram em 1956.

³⁴ No contexto da Guerra Fria, a tensão bipolar e a divisão do mundo em zonas de influência enfraqueceram a efetividade da ONU e minaram as possibilidades responder às ameaças à cooperação e à paz (ALBUQUERQUE, 2020)

No intuito de consolidar sua hegemonia no mundo e espalhar suas abordagens, cada potência trabalhou no sentido de influenciar os espaços de governança vigentes. Assim, a OMS se tornou palco dessa disputa. Suas atividades foram sendo construídas conforme a configuração de forças estabelecida no momento. Essa dinâmica é objeto desta seção.

É importante considerar que a criação da OMS foi determinada por uma grande influência da medicina social (PACKARD, 2016) – área de interesse do então (primeiro) Diretor-Geral, o psiquiatra canadense Brock Chisholm. Conforme CUETO, a medicina social é “uma perspectiva médica (...) que surgiu na Europa nos anos 1920 como reação à teoria do germe da doença, que exagerava a importância das pesquisas para a identificação de patógenos e o desenvolvimento de vacinas” (CUETO, 2015, p. 31). Assim, essa perspectiva constituiu um movimento amplo de líderes de saúde pública. Eles acreditavam e defendiam que a melhora da saúde passava por avanços sociais e econômicos, e também pela oferta de serviços de saúde (PACKERD, 2016).

Os objetivos expressos no preâmbulo da Constituição da OMS ecoaram com uma série de princípios da medicina social, inspirando esforços de desenvolvimento na *Saúde Internacional* durante os anos 1930. Essas ideias sobreviveram a Segunda Guerra e influenciaram os primeiros empreendimentos pós-1945 para melhorar a saúde e bem-estar das populações afetadas pelo conflito no mundo. Dessa forma, esses princípios acabaram definindo os objetivos de muitas organizações internacionais, que se comprometeram com a seguinte visão: o desenvolvimento se correlaciona com os avanços em saúde e nutrição, e também com mudanças sociais mais amplas (Ibidem).

Esse comprometimento, no entanto, não durou muito. Os líderes que criaram a OMS, com base na agenda da medicina social, enfrentaram uma série de obstáculos para colocar suas ambições em prática. Dentre os desafios, se confrontaram com crises urgentes, como surtos de epidemias e escassez de comida. Dois problemas que demandam uma resposta rápida. Sendo assim, não poderiam esperar pelo desenvolvimento de programas mais amplos e integrados. E ainda: o fato de dispor de novas tecnologias que prometiam melhoras dramáticas na saúde, inspirando otimismo na habilidade de planejar e transformar as coisas, tudo de forma muito rápida, levou ao crescimento de uma nova *cultura da assistência técnica*³⁵. Ademais, o mundo passou a enfrentar uma mudança no ambiente político – fruto da Guerra Fria, que considerou abordagens amplas de saúde e de desenvolvimento como

³⁵ Inovações médicas durante a Segunda Guerra facilitaram a resposta rápida a ameaças de epidemias no pós-guerra, levando a crença de que abordagens de saúde amplas e integradas fossem desnecessárias. Essas novas tecnologias, então, passaram a ser usadas como “balas mágicas” (PACKARD, 2016). Ou seja, como a solução para qualquer problema de saúde.

suspeitosas ou “socialistas”, particularmente por parte de políticos de direita anticomunistas dos EUA³⁶(Ibidem).

Autoridades importantes dos EUA, como o diretor da OPAS, Fred Soper, não concordavam com a abordagem da medicina social (CUETO, 2015, p. 32). Além dos EUA, outros países católicos também se colocaram em desacordo com esse pensamento – em que defendia o planejamento familiar e previa o controle da natalidade com a prescrição de métodos contraceptivos (prática fortemente condenada pela igreja católica da época)³⁷. Todas essas tensões não foram bem equilibradas por Chisholm (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016), desafiando sua capacidade de impor a sua agenda nos espaços de decisão da OMS.

Ainda na gestão de Chisholm, em 1949, a URSS e seus aliados se retiraram da OMS sob a justificativa de uma insatisfação do trabalho da ONU e da agência ao oferecer pouca ajuda para reconstrução de suas necessidades no pós-guerra (Ibidem). De fato, os países comunistas receberam, da ONU, relativamente menos assistência do que as nações da Europa Ocidental. Para Cueto (2015), essa ajuda aos países alinhados com o Oeste, inclusive, consolidou a hegemonia dos EUA na Europa (CUETO, 2015).

A retirada da URSS da OMS fortaleceu a agenda ocidental. A agência passou então a ficar à mercê dos interesses e prioridades dos países alinhados com os EUA, implementando atividades de saúde condizente com a agenda anticomunista. A eleição do brasileiro Candau como segundo Diretor-Geral da Organização, em 1953, defensor da perspectiva estadunidense, consolidou por fim a hegemonia do eixo ocidental na OMS (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; CUETO, 2015).

Em concordância com o contexto geopolítico, após a criação da OMS, os primeiros anos de atuação de Candau, frente à organização, foram marcados pela implementação de programas internacionais de controle de doenças. Trata-se das chamadas campanhas verticais (CUETO, 2015), ou intervenções focadas em doenças. Esse tipo de iniciativa, no entanto, tem raízes no século XIX, a partir de empreendimentos de escritórios médicos coloniais. O envolvimento dos EUA na saúde de suas colônias, especialmente nas Américas e Filipinas,

³⁶ Em 1946, a direita norte-americana isolacionista tomou o controle do Congresso, instaurando uma frente fortemente anticomunista e contra aumento de gastos federais, sejam eles com ajuda estrangeira ou programas nacionais de assistência à saúde. Esse cenário de suspeita e desinteresse para com projetos das Nações Unidas atrapalharam a implementação expansiva da visão da medicina social. (PACKARD, 2016)

³⁷ A abordagem interdisciplinar da medicina social dos anos de 1930 inspirou política de controle de população durante as décadas de 1960, 1970 e 1980 a partir da implementação do planejamento familiar, que incluía a prescrição de métodos contraceptivos os quais países católicos eram contra. Para mais detalhes, ver *Part Five: Controlling the World's Population* em PACKARD, Randall M. *A History of Global Health: interventions into the lives of others peoples*. 2016

teve um papel preponderante no desenvolvimento desse modelo de política internacional de saúde. Para Packard (2016), foi nesse contexto colonial que as campanhas de eliminação de doenças foram aperfeiçoadas. Tudo isso por meio da forte dependência do poder de coerção colonial, da crença na incapacidade das populações das colônias em melhorar sua própria saúde e da priorização da saúde dos colonos frente aos colonizados (PACKARD, 2016).

Essas campanhas tinham como objetivo erradicar alguma doença infecciosa específica, utilizando-se amplamente de uma tecnologia de saúde (também específica), a exemplo da vacina (CUETO, 2015). Nas primeiras décadas do século XX, a recém-criada Fundação Rockefeller – comprometida com essa abordagem de saúde pública em que prioriza a ciência biomédica – recrutou uma série de profissionais médicos coloniais dos EUA para trabalhar, em várias partes do mundo, como diretores de programas de eliminação de “amarelão” e febre amarela (PACKARD, 2016).

A incorporação de médicos coloniais na Fundação Rockefeller, então maior organização na área da época, resultou na consolidação das campanhas verticais como elemento central da Governança da Saúde Internacional. A estratégia de controle de doenças desenvolvida por médicos estadunidenses, que aperfeiçoaram suas habilidades em saúde pública nas colônias do Panamá e Filipinas, foi repassada para gerações posteriores de trabalhadores da saúde, por meio de capacitações de escolas de saúde pública então estabelecidas pela Fundação. Essas instituições de ensino tinham o objetivo de ser centros de desenvolvimento e disseminação da “nova saúde pública”³⁸, baseada na utilização de métodos científicos e princípios formados pela nova ciência da bacteriologia e parasitologia³⁹. Aqueles que passaram por essas formações se tornaram uma espécie de comunidade internacional que compartilhava ideias e práticas comuns (Ibidem).

Estratégias de controle de doenças forjadas originalmente no domínio colonial tornaram-se parte da saúde pública. Assim, elas foram facilmente transportadas para configurações não coloniais. Muitos tipos de abordagens foram implementados e realmente significaram a melhoria da saúde em algumas colônias. As campanhas de eliminação de doenças foram privilegiadas e implementadas pelas organizações internacionais de saúde

³⁸ O trabalho de médicos norte-americanos em colônias levou a transição da abordagem sanitária da saúde pública para o que foi denominado na América, durante o século XIX, como “nova saúde pública”, inaugurada pelo desenvolvimento da bacteriologia e parasitologia, levando ao descobrimento do papel dos mosquitos na transmissão de malária e febre amarela. Por outro lado, as abordagens sanitárias focavam na eliminação ampla de condições ambientais vistas como causadoras de doenças, como más condições de fornecimento de água, moradia e alimentação (PACKARD, 2016).

³⁹ A microbiologia é a ciência que se dedica ao estudo dos seres microscópicos, ou seja, aqueles que dificilmente podem ser vistos a olho nu. Por outro lado, a parasitologia é a ciência que estuda, exclusivamente, os seres que habitam outros organismos vivos, seja permanentemente ou temporariamente.

precedentes (Ibidem), como a OMS⁴⁰. Esse modelo de campanha vertical, até os dias atuais, faz da agência a instituição responsável pela prestação de um conjunto de vacinas tradicionais para cerca de “três quartos das crianças do mundo” (GADELHA et al, 2003, p. 54).

A implementação de campanhas verticais no pós-Guerras convergia com os interesses dos EUA. Nos primórdios dos anos 1950, os EUA compartilhavam investimentos espalhados pelo mundo todo e ainda se preocupavam em proteger o consumo de bens industrializados. Partindo de uma perspectiva econômica, essas campanhas se transformavam em subsídio indireto para indústria estadunidense, já que existia uma orientação para a compra de medicamentos e demais tecnologias médicas dos EUA (CUETO, 2015).

Politicamente, para os EUA e seus aliados, o uso de programas verticais de assistência técnica se tornaram uma forma de combater a expansão comunista e de conquistar apoio político do Terceiro Mundo. Esses mesmos programas serviram, inclusive, para alívio da pobreza e sofrimento dos países então considerados comunistas (PACKARD, 2016), demonstrando assim a conviência política desse tipo de intervenção.

A URSS e seus aliados também se engajaram em programas de assistência técnica durante a década de 1950, definindo áreas específicas de atuação e não encorajando programas de desenvolvimento integrado. Porém, a URSS apoiou desenvolvimentos de longo prazo em outras áreas, como da indústria básica e de infraestrutura. Na saúde, a nação socialista desenvolveu serviços de atenção em suas próprias repúblicas, e também construiu hospitais na África, estabelecendo sua prioridade na área de infraestrutura.

Nas primeiras décadas da OMS, nenhum polo da Guerra Fria apoiou o retorno da abordagem ampla e integral de saúde pregada pela medicina social (PACKARD, 2016). Conseqüentemente, culminou-se a consolidação da hegemonia do uso da assistência técnica e vertical em programas internacionais de saúde.

Dentre as históricas campanhas verticais de grande importância da OMS, se destacam o Programa Intensificado de Erradicação da Malária, implantado em 1955, e o Programa Intensificado de Erradicação da Varíola, em 1967. Esse conceito de erradicação foi arquitetado por Fred Soper e Marcolino Candau, então diretores da OPAS e da OMS, respectivamente. Eles acreditavam que as intervenções técnicas proporcionadas por essas campanhas elevariam o “padrão de vida” das pessoas, promovendo o desenvolvimento capitalista e evitando “possíveis cenários de convulsão social por influências comunistas”

⁴⁰ A medicina colonial e a Saúde Internacional compartilham um longa e complexa história que advém do final do século XIX até 1950. Conexões sociais ligam autoridades de saúde colonial e representantes de organizações internacionais (PACKARD, 2016).

(CUETO, 2015, p. 41). Assim, as campanhas da OMS colaboraram para a manutenção da hegemonia política e cultural dos EUA em países em desenvolvimento (Ibidem).

Em 1956, a URSS e demais países comunistas voltaram a integrar a OMS. O retorno deles foi justificado: reconheceram a importância do trabalho da agência (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016). Essa volta para a organização foi influenciada pelo desenrolar da Guerra Fria. E ainda: com a morte do líder comunista Josef Stálin, em 1953, a URSS abandonou a política de desconfiança e adotou a postura que ficou conhecida como de “coexistência pacífica” (CUETO, 2015, p. 34). Consequentemente, a balança política mudou – resultado da composição de países na Assembleia Mundial da Saúde.

Nesse momento, o empreendimento pela erradicação da malária estava enfrentando sérias dificuldades em campo⁴¹. Para sanar esse problema, a Assembleia Mundial de Saúde começou uma lenta movimentação de retorno à antiga agenda de controle da malária, sob o argumento que não seria possível erradicá-la em algumas partes do mundo (BROWN, CUETO, FEE, 2006). Embora não tenha atingido sua meta, considerada fracassada, a OMS conseguiu eliminar a doença em 26 países. Mesmo assim, em 1969, a organização reconheceu então seu fracasso frente à luta pela erradicação da malária. O fato culminou em um grande golpe para sua reputação e autoridade; e, como consequência, encerrou a campanha. O fracasso perseguiu a OMS por anos, gerando questionamentos sobre o valor do planejamento vertical de campanhas de doenças e ainda minando seriamente os esforços de controle da malária nos períodos seguintes (PACKARD, 2016).

O representante da URSS, por outro lado, passou a argumentar que seria cientificamente possível, socialmente desejável e economicamente valeria a pena erradicar a varíola ao invés da malária. A partir de então, o investimento na erradicação da varíola fez parte de um movimento da nação socialista em deixar sua marca na *Saúde Internacional*. Candau, então Diretor-Geral da OMS, reconhecendo a força política do Oeste, se dispôs a cooperar com essa nova empreitada (BROWN, CUETO, FEE, 2006).

Com o tempo, o interesse dos EUA pela erradicação da varíola começou a crescer também. Em 1967, com o suporte dos estados americanos, a OMS lançou o Programa Intensificado de Erradicação da Varíola (Ibidem). Injeções a jato e agulhas bifurcadas facilitaram a campanha, tornando-a mais barata e mais efetiva. Programas de vacinação

⁴¹Diversos aspectos contribuíram para o fracasso da campanha de erradicação da malária, tanto relacionadas ao seu planejamento e execução; quanto aos aspectos biológicos específicos da enfermidade e da tecnologia principal escolhida para combatê-la, o pesticida DDT (diclorodifeniltricloroetano). Para mais detalhes, ver *Part Four: The Era of Eradication* em PACKARD, Randall M. A History of Global Health: interventions into the lives of others peoples. 2016

intensificados rapidamente reduziram o número de países endêmicos, permitindo que os recursos do programa fossem concentrados. O último caso de varíola foi identificado em 1977, três anos depois, a OMS declarou que a doença tinha sido erradicada do mundo (PACKARD, 2016).

Embora com desfechos diferentes, as campanhas da malária e da varíola tiveram um grande acordo em comum em termos de organização e condução. Ambas foram produto do desenvolvimento da cultura de assistência técnica, que dominou esforços internacionais de saúde nas décadas de 1950, 1960 e 1970. Elas representaram o retorno das estratégias de eliminação de doenças dos primeiros anos do século XX, antes da ascensão da medicina social na década de 1920 e 1930.

As campanhas foram baseadas na utilização de tecnologias de saúde pública, se utilizando de planejamentos fora dos países mais afetados. Elas tiveram ainda como base a visão de que programas de controle bem administrados podem eliminar doenças sem transformar as condições sociais e econômicas do seu local de incidência. Apesar de preocupações, incertezas técnicas e administrativas, e do limite de financiamento, as campanhas contra as duas doenças foram lançadas. Ou seja, a decisão de seguir com os programas de erradicação foi movida mais por interesses políticos e pela confiança no poder das tecnologias biomédicas do que por cuidadosa pesquisa e planejamento (Ibidem).

Em síntese, as três primeiras décadas da OMS foram marcadas pelo empreendimento de campanhas verticais, como os Programas de Erradicação de doenças específicas. Porém, a mudança no equilíbrio de poder da Assembleia Mundial de Saúde transformou a conjuntura, proporcionando mudanças na priorização de certas abordagens da agência nos anos que se seguiram.

A década de 1970 foi palco de uma sequência de conferências impulsionadas por organizações da ONU para debater “uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional visando a redução das disparidades entre os países centrais e os então chamados países do terceiro mundo” (GIOVANELLA et al, 2019, p. 1). Na esteira dessa mobilização, depois de uma série de discussões de preparação e planejamento, em 1974, representantes da URSS propuseram um encontro que culminou com a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978, sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada pela OMS em Alma Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, sob administração do terceiro Diretor-Geral da OMS, Halfdan Mahler. Três mil delegados de 134 países e 67 organizações governamentais internacionais de todo o mundo compareceram ao evento (PACKARD, 2016). Entidades privadas, no entanto, foram proibidas de participar, reforçando a perspectiva

em voga sobre o protagonismo dos estados nacionais e da OMS como responsável pela *Saúde Internacional* (VILLARDI, 2018).

A Declaração de Alma Ata, estabelecida na Conferência, clama por uma abordagem integrada e ampla de saúde, comprometida com a igualdade e com as necessidades dos povos, e reivindica a participação da comunidade na elaboração de políticas de saúde. O documento também reconhece a necessidade de considerar determinantes sociais e econômicos de saúde. A Declaração definiu assim princípios que guiariam as nações no sentido de reestruturar seus sistemas de saúde por meio da adoção da APS e do reconhecimento da obrigação dos governos nacionais em garantir a saúde de todos os cidadãos como um direito humano básico (PACKARD, 2016).

Com essa mobilização, a OMS reassumiu o seu compromisso original com uma definição ampla de saúde. A Conferência representou então um desvio da *cultura de assistência técnica*, que dominou a saúde internacional desde 1950. Segundo Packard (2016), essa mudança é “resultado de uma convergência de uma constelação de eventos, personalidades, e movimentos, começando no final da década de 1950” (Ibidem, p. 229, tradução nossa)⁴². O movimento pela APS é fruto de um longo processo intelectual e de mudança ideológica dentro e fora da OMS. Sua ascensão, segundo Packard (2016), passa pela compreensão sobre a campanha (considerada fracassada) pela erradicação da malária. Essa ação foi aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, apesar de sofrer bastante oposição. Quando seu fracasso ficou evidente, esses mesmos críticos começaram a clamar por uma reorientação das atividades da OMS para o desenvolvimento de serviços básicos de saúde. Isso porque acreditavam que a campanha de malária falhou devido ao subdesenvolvimento e incapacidade de fazer vigilância e de promover atividades de tratamento dos serviços primários em saúde de muitos países (Ibidem).

O Diretor-Geral Mahler também foi uma personalidade decisiva para a ascensão do prestígio da APS. Ele passou dez anos como diretor médico do Programa Nacional de Tuberculose da Índia; e sua experiência o convenceu de que serviços básicos de saúde eram fundamentais para eliminar uma doença como a tuberculose. Sua atuação na Índia ainda o convenceu de que serviços de saúde tem que servir às necessidades locais da comunidade e ser estabelecidos com a participação da mesma (Ibidem). Sobretudo, Mahler acreditava que a saúde é indissociável do desenvolvimento social e econômico, premissa essencial da APS (GIOVANELLA et al, 2019).

⁴² O texto em língua estrangeira é: “result from the convergence of a constellation of events, personalities, and movements, beginning in the late 1960s”

O contexto do início da década de 1970 foi marcado por amplas críticas às estratégias vigentes de desenvolvimento e da saúde pública. Mudanças de postura de organizações internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), problematizaram a questão do investimento dos países no aumento do Produto Interno Bruto (PIB) – isso sem representar uma verdadeira diminuição da pobreza e desigualdade.

Os países em desenvolvimento foram além, e se organizaram no sentido de desenvolver uma Nova Ordem Econômica Internacional⁴³ que transformasse suas economias, visando o crescimento industrial e a substituição de importação (PACKARD, 2016). Todos esses fatores foram parte de uma larga reavaliação do desenvolvimento internacional e do campo da saúde pública, desencadeando mudanças na *Saúde Internacional*.

O novo estilo de abordagem proposto pela APS consagrou a implementação de novos programas internacionais de saúde, como as campanhas horizontais. Diferentemente das iniciativas verticais, as campanhas horizontais abandonaram a confiança excessiva na tecnologia, o plano rígido e autoritário de implementação e a irrisória participação da comunidade no processo de tomada de decisão (CUETO, 2015). Enquanto as campanhas verticais “levam à fragmentação e à debilidade [dos sistemas de saúde] (...), seja pelo recrutamento do melhor pessoal disponível no país, seja por se concentrarem em certas áreas, abandonando outras prioritárias” (BUSS & FERREIRA, 2019, p. 246-247); já as ações horizontais almejam o desenvolvimento completo e o fortalecimento dos sistemas de saúde integralmente (Ibidem).

Uma das importantes iniciativas horizontais estabelecidas pela OMS após a Conferência de Alma-Ata foi o Programa de Ação em Medicamentos Essenciais e Vacinas⁴⁴, criado em 1979. A resolução aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde, que propôs a sua

⁴³ A Nova Ordem Econômica Internacional (NIEO), principal projeto dos países não-alinhados, foi um apelo adotado pela Assembleia Geral da ONU em 1974. A NIEO e a Carta dos Direitos e Deveres Econômicos dos Estados que as acompanham empregaram habilmente uma retórica universalista ao apelar para a soberania plena e permanente sobre os recursos naturais e as atividades econômicas, incluindo o direito de nacionalizar a propriedade estrangeira, formar cartéis de produtores primários, e estabelecer apoios de preços para as exportações de mercadorias dos países em desenvolvimento. Esta visão de um futuro geopolítico "alternativo" e do "direito ao desenvolvimento" não só foi levada a sério pela comunidade internacional, como foi a iniciativa de governação transnacional mais amplamente discutida da década de 1970. Embora tenha enfrentado forte resistência dos EUA e outros países desenvolvidos, a NIEO ajudou a moldar ideias e esforços relacionados à justiça social e econômica (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

⁴⁴ Com a ascensão do desenvolvimento farmacológico, novos medicamentos começaram a inundar o mercado de países em desenvolvimento, desencadeando problemas de acesso em função de altos preços e de segurança devido à ausência de políticas rígidas de regulamentação. Em resposta, países do Terceiro Mundo articularam esforços para desenvolver listas de medicamentos essenciais que pudessem orientar o uso nos sistemas de saúde. Com o sucesso dessas iniciativas, mobilizou-se na OMS um esforço para que a elaboração de listas fosse uma política internacional sob direção da agência. Esse esforço desencadeou a criação do Programa de Ação em Medicamentos Essenciais e Vacinas da OMS (VILLARDI, 2018).

criação, recomendou que “fossem organizados seminários nos países em desenvolvimento, nos quais deveriam ser discutidas as especificidades locais, com vistas a auxiliar na elaboração de listas de medicamentos essenciais nesses países” (VILLARDI, 2018, p. 43).

Seis anos após o estabelecimento do Programa, mais de 80 nações lançaram suas listas nacionais de medicamentos essenciais, compreendidas como fundamentais para a estratégia da APS – visto a essencialidade da seleção de tecnologias apropriadas para cada país. Tanto a criação do Programa (e seus resultados) como a publicação e atualização da Lista de Medicamentos Essenciais da própria OMS são frutos da articulação de países em desenvolvimento interessados em racionalizar seus gastos para expandir o acesso à saúde de suas populações (Ibidem). Essas e outras iniciativas semelhantes ganharam espaço durante os anos de influência do consenso gerado pela Declaração de Alma-Ata.

Em suma, as décadas de 1970 e 1980 foram períodos marcados por certas conquistas das forças contra-hegemônicas do planeta, a exemplo dos países do Terceiro Mundo, que têm uma abordagem social mais amplas de saúde pública. No entanto, o estágio da OMS compreendido entre essas duas décadas – denominado pela autora Birn (2009) como sucesso contestado (1970-1985) – é revertido por uma nova lógica político-econômica fortemente influenciada pelo neoliberalismo. Esse pensamento neoliberal, que se inicia na segunda metade da década de 1980, será inclusive o tema em discussão da próxima seção.

1.4 A expansão neoliberal e o atual estágio da OMS de evidência e avaliação

A ascensão e consolidação do neoliberalismo como ideologia e prática vigente no pós-Guerra Fria representou uma grande transformação nas relações entre Estado, sociedade e setor privado, reverberando em importantes impactos na saúde pública (CUETO, 2015). O Neoliberalismo nasce após a Segunda Guerra Mundial por iniciativa de um grupo de pensadores economistas, historiadores e filósofos da Europa e da América do Norte – regiões onde imperavam o capitalismo. Sua ascensão foi uma resposta ao Estado intervencionista, modelo que ganhou adesão nos últimos anos a partir da disseminação de políticas keynesianas⁴⁵ no mundo todo (ANDERSON, 1995; HARVEY, 2014; GAMBLE, 2001).

⁴⁵ Políticas keynesianas são estratégias baseadas no keynesianismo, uma escola econômica desenvolvida pelo economista inglês John Maynard Keynes baseada na concepção de que o Estado é agente indispensável para o controle da economia.

Em 1947, os defensores da teoria neoliberal, congregados em torno do pensador austríaco Friedrich August von Hayek, criaram a Mont Pelerin Society, na Suíça. Essa entidade, segundo sua declaração de fundação, tem como objetivo combater o declínio da valorização da propriedade privada e do mercado competitivo. Ou seja, “combater o keynesianismo e o solidarismo reinantes e preparar as bases de um outro tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro” (ANDERSON, 1995, p. 1).

Tal como sugere a declaração da Mont Pelerin Society, essas últimas correntes ameaçam a liberdade individual dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, valores os quais dependem da prosperidade do planeta. Eles argumentam, inclusive, “que a desigualdade era um valor positivo – na realidade imprescindível em si – pois disso precisavam as sociedades ocidentais” (Ibidem, p. 2).

A teoria neoliberal reivindica a garantia dessas liberdades a partir do favorecimento de direitos individuais e privados. Ela oferece um critério simples e direto para a direção política: assegurar as condições possíveis para o florescimento amplo do mercado. As instituições políticas, assim como o Estado, devem assegurar os direitos à propriedade privada e seus empreendimentos (GAMBLE, 2001). Tudo isso implica na necessidade de instauração de políticas de privatização e desregulamentação. Nesse cenário, os grupos privados recebem especial atenção, de modo que sua “saúde” seja prioridade – condições imprescindíveis para o bem de toda a sociedade.

A consolidação da hegemonia neoliberal, no entanto, não se efetivou imediatamente após a articulação do discurso ideológico da Mont Pelerin Society. O estabelecimento de uma nova ortodoxia econômica – reflexo desse novo pensamento – só ocorreu de fato no final da década de 1970, principalmente na Inglaterra e EUA (ANDERSON, 1995; HARVEY, 2014). Nos primeiros anos da década de 1970, a maioria das grandes economias do mundo ainda optava por utilizar políticas keynesianas como solução às crises desse período. Porém, uma reviravolta acontece em duas das maiores potências globais. Na Inglaterra, em 1979, a primeira-ministra Margaret Thatcher foi eleita e, um ano depois, Ronald Reagan se elege presidente dos EUA. Dois grandes representantes de Estados que se declararam comprometidos em colocar em prática, por meio de seus respectivos programas governamentais, as premissas do neoliberalismo. Em seguida, uma série de outros países vivenciaram uma onda de “direitização” (ANDERSON, 1995, p. 3).

Faz-se necessário identificar que, no início, apenas governos alinhados declaradamente com diretrizes ideológicas de direita radical ousaram implantar políticas neoliberais. Entretanto, com o tempo, qualquer governo, inclusive aqueles que reivindicavam

valores de esquerda, se empenhou também em adotá-lo (Ibidem, p. 8). Embora o programa neoliberal tenha se manifestado, a princípio, em países do Norte, com o passar do tempo outros países periféricos em todo mundo, como a China em 1978 e a Índia em 1980, também aderiram a essa nova ideologia – isso sem a intervenção externa (HARVEY, 2014), visto que, ainda no início da década de 1970, mais especificamente em 1973, o Chile também instaurou um regime neoliberal via golpe de Estado.

As políticas econômicas neoliberais foram catalisadas no Consenso de Washington – resultado de um acordo realizado nos anos 1990 entre representantes do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do governo estadunidense e de algumas agências bilaterais e multilaterais. Esse acordo determinou condições de implementação de políticas neoliberais para o suporte de países em desenvolvimento com altas taxas de inflação e altas dívidas externas. Logo depois, também agências internacionais, como a OMS, aderiram aos mesmos modelos de recomendações do Consenso de Washington (CUETO, 2015).

No âmbito da saúde pública, ascenderam novas abordagens para a elaboração de políticas internacionais. Depois da declaração da erradicação da varíola⁴⁶, esforços foram colocados em prática para desenvolver programas verticais para expandir o uso de vacinas e outras tecnologias para alcançar problemas de saúde específicos. A mobilização pela APS também gerou um movimento de resposta com o objetivo de minar a implementação de políticas amplas de saúde (PACKARD, 2016).

Em 1979, o presidente da Fundação Rockefeller, John Knowles, organizou uma pequena reunião sobre “Saúde e População em Países em Desenvolvimento”. Esse encontro ocorreu no centro de conferências da Fundação, em Bellagio, no norte da Itália. Foi a primeira de uma série de reuniões que teriam lugar em Bellagio, também em outros *resorts*, e que iriam questionar a possibilidade da APS – como definida na Conferência de Alma-Ata – de levantar uma nova abordagem da saúde internacional conhecida como Atenção Primária Seletiva (PACKARD, 2016; VILLARDI, 2018).

As discussões em Bellagio foram baseadas no artigo “Atenção Primária Seletiva: Uma Estratégia Interina para o Controle de Doenças nos Países em Desenvolvimento⁴⁷”, de Judith

⁴⁶A campanha de varíola foi um grande sucesso e um ponto alto dos esforços da OMS em melhorar a saúde das pessoas no mundo. O legado desse sucesso teve um papel central na ressurreição de programas de eliminação de doenças, na formatação de estratégias de saúde internacional para as próximas décadas e na disponibilização de um quadro de profissionais da campanha que viriam a ocupar papéis de liderança em organizações de saúde internacional existentes e emergentes (PACKARD, 2016)

⁴⁷O texto em língua estrangeira é: “Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries”

Walsh e Kenneth Warren. O texto é geralmente citado como o primeiro a defender os programas de Atenção Primária Seletiva e a argumentá-lo como um passo inicial para o desenvolvimento da APS. Os autores partem da perspectiva de que a APS é inalcançável por causa dos seus custos e exigências. Por isso, eles desenvolveram uma métrica para decidir quais doenças seriam de maior prioridade, baseando-se na seguinte combinação: impacto na mortalidade e na possibilidade de custeio da enfermidade. A conclusão dos autores é de que a Atenção Primária Seletiva seria a abordagem mais promissora e menos onerosa para a maior parte do mundo (PACKARD, 2016).

Essa abordagem, segundo Packard (2016), representa uma visão limitada e economicista da saúde. Para ele, esses programas de Atenção Primária Seletiva deram continuidade ao modelo vertical de saúde pública, em que intervenções eram definidas e implementadas de cima para baixo, sem participação comunitária e sem discussões mais amplas sobre como melhorar as condições locais de saúde. Essa conduta, no entanto, ganhou tremendo apoio com as mudanças políticas e econômicas da década de 1980 (Ibidem), instauradas pela expansão do neoliberalismo.

As reformas neoliberais – partindo da perspectiva de “que o setor privado seria mais eficiente e menos corrupto que o público” (CUETO, 2015, p.78) – levaram muitos sistemas de saúde e agências internacionais de saúde a contar com orçamentos e equipes **bem** menores. A redução da estrutura pública foi acompanhada por um processo de privatização dos serviços sanitários estatais. A partir de então, valorizou-se uma perspectiva tecnocrata e reducionista da saúde e dando ênfase ao tratamento, em detrimento da prevenção e da vigilância sanitária. Com a abordagem neoliberal, até os termos e sentidos relacionados à saúde começaram a ser alterados (ou substituídos) e usados com frequência. Para fazer referência “a pacientes, passou a se falar em *clientes*, a quem se tinha de satisfazer com *eficiência, eficácia, qualidade e produtividade*” (Ibidem, p.78).

Em suma, em nível internacional, a ascensão do papel do movimento de “Não-Alinhados”⁴⁸ dos países do Terceiro Mundo na construção da política de *Saúde Internacional*, refletida no desenvolvimento da estratégia da APS, deu lugar ao envolvimento do setor financeiro e privado na saúde. A orientação corporativa desses atores emergentes enfatizou o sucesso do alcance de objetivos concretos, medidos por critérios descritos em termos de estilo

⁴⁸ O Movimento de Não-Alinhados foi uma coalizão de países em desenvolvimento que possuíam o objetivo de não se associar a nenhum dos dois blocos da Guerra Fria, se mantendo neutros. Esses países, partindo de suas experiências próprias, se utilizaram do sistema multilateral para levar temas de seus interesses para a pauta da OMS, se desvinculando da agenda internacional de dominação sobre segurança do Leste e Oeste (VILLARDI, 2018).

de gestão, performance e *accountability*. Os parâmetros anteriores, baseados na ampla avaliação do bem-estar de saúde social, foram então deixados de lado (BIRN, 2009). Além da ascensão do neoliberalismo, outras transformações, não necessariamente desvinculadas deste modelo, modificaram definitivamente a dinâmica de interação e organicidade da *Saúde Internacional*. Consequentemente, uma nova Governança foi instaurada.

1.5 A Governança da Saúde Global: o multi-institucionalismo e a crise de legitimidade da OMS

Com o desaparecimento gradual da Guerra Fria, um novo vocabulário relativo ao tempo e ao espaço surge e se consolida: desvalorizam-se análises baseadas em termos relacionados a uma era de polarização, emergindo a referência a uma era de globalização. Essa expressão, então, se tornou onipresente no discurso público e acadêmico. A arena da saúde, claro, não foi imune a esse processo (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Desde a década de 1990, seguindo essa tendência, a expressão *Saúde Internacional* foi paulatinamente substituída pela expressão *Saúde Global* (SAMPAIO & VENTURA, 2016). Mas o emprego dominante e definitivo da palavra ‘global’ não é uma mera substituição ou sinonímia (VENTURA, 2004). Se, por um lado, a Governança da Saúde Internacional é definida pela supremacia dos Estados e órgãos multilaterais; por outro, com a ascensão de novos e poderosos atores – somada à contestação da autoridade de agências intergovernamentais, como veremos acontecer com a OMS – se rompe com os consensos e princípios estabelecidos por essa mesma Governança. Nessa medida, a nova Governança da Saúde Global instaura novos arranjos políticos e institucionais, assim como novos princípios, valores e processos (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Segundo Dogson, Lee e Drager (2002), é possível identificar alguns elementos essenciais da Governança da Saúde Global. O primeiro é a ‘desterritorialização’ de como pensamos e promovemos a saúde pública. Nesse sentido, faz-se necessário levar em conta fatores que cruzam, ou mesmo ignoram, as fronteiras geográficas dos Estados. Para os autores, contribuíram para uma dinâmica de governança comprometida com a proteção da integridade do Estado, os seguintes fatores: a formação do sistema internacional de Estados, no século XVI; o nascimento da saúde pública, durante o século XIX; e a criação de sistemas nacionais de saúde, no século XX.

Embora a Governança da Saúde Internacional tenha focado, historicamente, em questões de saúde que cruzam fronteiras nacionais, sua intenção era proteger populações domésticas em certa fronteira geográfica, por meio de quarentenas, cordões sanitários, padrões (acordados internacionalmente) relativos à notificação de doenças infecciosas, comércio e mobilidade populacional. No final das contas, todas essas iniciativas possuem um ponto de convergência relevante: as fronteiras nacionais dos Estados (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002).

A nova dinâmica da globalização intensificou a atividade transfronteiriça a ponto de minar a capacidade dos Estados em controlá-la. Existem, inclusive, novos elementos que tornam as fronteiras nacionais irrelevantes, como os fluxos mundiais de comunicação via *Internet*, os impactos ecológicos das mudanças ambientais globais, a troca frenética de capital e finanças por meio da mídia eletrônica, o comércio ilícito de drogas, entre outros pontos. Muitas dessas mudanças globais impactam a saúde e exigem formas de cooperação que vão além da Governança da Saúde Internacional (Ibidem). E, por isso, têm sido pauta de debate e ação da Governança da Saúde Global.

O segundo elemento é a necessidade de se utilizar uma perspectiva multisetorial para abordar os determinantes da saúde. Historicamente, as abordagens biomédicas dominam o planejamento e a prática de políticas, voltando-as para doenças específicas. Para tal, são combinadas as habilidades de especialistas e funcionários públicos, levando a primazia o trabalho dos Ministérios da Saúde e dos profissionais de saúde. A Governança da Saúde Global, entretanto, reconhece uma ampla gama de determinantes da saúde da população, sejam eles ambientais, sociais ou naturais. Nas últimas décadas, esse reconhecimento se dá por meio do maior envolvimento das áreas de ciências humanas e sociais, de economia, e também dos setores de trabalho, educação, moradia, na formulação de políticas de saúde. A multidisciplinaridade desses campos, porém, instaura um desafio importante: não ampliar indiscriminadamente o foco das iniciativas de saúde, diluindo impactos e levantando questões sobre viabilidade. Nesse sentido, “definir o escopo da Saúde Global, portanto, permanece um equilíbrio entre reconhecer a interconexão da saúde com uma gama variada das forças da globalização, e a necessidade de definir limites claros de conhecimento e ação”⁴⁹ (Ibidem, p.18, tradução nossa).

⁴⁹ O texto em língua estrangeira é: “defining the scope of GHG, therefore, remains a balance between recognising the interconnectedness of health with a varied range of globalizing forces, and the need to define clear boundaries of knowledge and action”.

O terceiro elemento essencial da Governança da Saúde Global, segundo Dogson, Lee e Drager (2002), é a necessidade de ampliar o conjunto de atores envolvidos nas suas diferentes disputas. Como argumentado, Estados e organizações internacionais, formalmente governadas pelos seus respectivos Estados-membros (como a OMS), definem fortemente a Governança da Saúde Internacional. Diferentemente, a Governança da Saúde Global parte do princípio de que a globalização cria demandas alheias aos limites dos Estados. Para lidar com essa questão, percebe-se também a necessidade de ampliar, complementar e até substituir as formas de gerir a saúde internacionalmente (Ibidem).

Essa mudança, no entanto, não significa a anulação do papel do Estado, que continua exercendo uma atuação chave. Porém, a governança definida apenas por Estados não foi mais considerada suficiente. A primazia do multilateralismo⁵⁰ permitiu o estabelecimento de instituições e mecanismo de governança internacional com princípios democráticos de igualdade e participação dos Estados, considerados representantes legítimos de seus cidadãos (VILLARDI, 2018). Agora, outros espaços, dinâmicas e instituições passam a reunir de maneira mais coordenada atores estatais e não-estatais (como ONGs, movimentos sociais, corporações transnacionais, representações setoriais, etc). Ou seja,

atores estatais e não-estatais há muito tempo interagem com a governança em saúde. A diferença para Governança da Saúde Global está em seu grau de envolvimento e natureza de suas respectivas funções, variando com o tópico de saúde em questão⁵¹ (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002, p. 19, tradução nossa).

No entanto, segundo Buxton (2019), foi o poder crescente das empresas transnacionais, particularmente como resultado de políticas econômicas neoliberais, que impôs um maior desafio a longo prazo para o multilateralismo. Desde a década de 1970, ocorreram várias tentativas de introduzir a participação formal de corporações nas instâncias de governança internacional. Porém, na década de 1990, tornou-se evidente o poder político dessas empresas na arena internacional, e sua participação passou a ser permitida cada vez mais em cúpulas globais sobre pobreza, desenvolvimento, meio ambiente, entre outras áreas (BUXTON, 2019).

⁵⁰ Multilateralismo é a prática de associação entre três ou mais países para trabalhar um certo tema através da instauração de alianças, organizações internacionais, pactos e etc.

⁵¹ O texto em língua estrangeira é: “state and nonstate actors have long interacted on health governance. The difference for GHG will lie in their degree of involvement and nature of their respective roles, varying with the health issue concerned”.

A contestação do multilateralismo fez emergir uma abordagem multissetorial que passou a ser reconhecida como multi-institucionalismo⁵² - tradução em português de *multistakeholderism* -, definido como

um novo sistema emergente de governança global que procura "reunir atores globais que têm um 'interesse' potencial em uma questão e pedir-lhes que resolvam uma solução de forma colaborativa". [O multi-institucionalismo] diverge do sistema internacional de governança, multilateralismo, estabelecido no final da Primeira ou Segunda Guerra Mundial, no qual "os governos, como representantes de seus cidadãos, tomam as decisões finais sobre questões globais e orientam as organizações internacionais para implementar estas decisões" (...). No multistakeholderismo, as "partes interessadas" tornam-se os **atores centrais** sem nenhum procedimento claro para designar as "partes interessadas"⁵³ (BUXTON, 2019, p. 2-3, tradução nossa).

Os grupos de multi-institucionalismo são diferentes dos arranjos consultivos públicos focados em influenciar os governos e órgãos intergovernamentais. Neste caso, o setor empresarial e a sociedade civil são tratados como atores iguais, podendo tomar decisões sobre normas e desenvolver políticas e programas como se tivessem autoridade governamental. Além do mais, em geral, não existe uma definição acordada para definir uma "parte interessada" – ou um *stakeholder*, em inglês. Teoricamente, isso significa que qualquer um com alguma "participação" na questão em voga tem o direito de estar envolvido nos espaços de governança sobre o tema. No entanto, isso não é suficiente para justificar o porquê de alguns serem considerados legítimos para participar e outros não (Ibidem).

O tratamento das diversas partes interessadas como iguais também é problemático, pois não reconhece os desequilíbrios de poder ou a legitimidade em qualquer questão específica. Parlamentos, organizações da sociedade civil, empresas podem ser todas partes interessadas, mas sua autoridade e legitimidade variam. Em termos de legitimidade, por exemplo, enquanto os governos e as organizações da sociedade civil são geralmente guiados por mandatos para trabalhar para o bem comum, o objetivo dos atores empresariais é trabalhar para o lucro de suas empresas específicas. Não é uma coincidência que o termo "parte interessada" tenha surgido dos negócios e estratégias de gestão que procuravam minimizar os diferenciais de poder, a fim de defender um maior papel para as empresas na tomada de decisões. No entanto, as decisões sobre as partes interessadas - quem é escolhido, quem é excluído, cuja voz é

⁵² Não existe uma tradução direta em português para a palavra *multistakeholderism*. *Stakeholder* pode ser traduzido para "parte interessada", ou seja, instituições ou personalidades implicadas em uma questão específica. Assim, nesse trabalho utilizamos o termo "multi-institucionalismo", utilizado por Villardi (2018) como sinônimo do original em inglês *multistakeholderism*, na expectativa de nos aproximar da expressão "múltiplas partes interessadas"

⁵³ O texto em língua estrangeira é: "new emerging global governance system that seeks to 'bring together global actors that have a potential "stake" in an issue and ask them to collaboratively sort out a solution.' It diverges from the international governance system, multilateralism, established at the end of World War I or World War II in which 'governments, as representative of their citizens, take the final decisions on global issues and direct international organizations to implement these decisions'. In multistakeholderism, 'stakeholders' become the central actors without any clear procedure to designate 'stakeholders'".

ouvida, cuja não é - é, em última análise, uma escolha profundamente política com ramificações para todos⁵⁴ (BUXTON, 2019, p. 3, tradução nossa).

Constituída a primazia do multi-institucionalismo, OMS teve seu protagonismo ofuscado pela emergência de outros poderosos atores da *Saúde Global*. Dentre eles, encontram-se instituições financeiras com projetos internacionais, como é o caso do Banco Mundial, além de outras agências privadas e filantrópicas (VENTURA, 2004). Nesse contexto, “doadores privados e organizações, governamentais ou não, com as mais variadas agendas, parecem alcançar o mesmo peso que os organismos multilaterais” (VENTURA & PEREZ, 2014, p. 53) como a OMS.

Afetada por esse novo contexto, a OMS enfrenta uma grave crise que mina a realização de suas funções (Ibidem). É importante destacar que essa nova fase da OMS, que pode ser datada desde a metade da década 1980, é uma resposta aos anos anteriores de sua gestão (BIRN, 2009). A agência passa a ser alvo de críticas sob a justificativa formal de má gestão e ineficiência. No entanto, não existe dúvida que os países desenvolvidos desacreditavam das estratégias de APS e de outras articulações relacionadas à NIEO, considerando-as subversivas e até revolucionárias (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Em um cenário de ascensão do neoliberalismo, essas estratégias afirmavam a provisão de engajamentos dos setores governamentais públicos para a atenção primária. Ou seja, iniciativas completamente contrárias às provisões neoliberais de corte de gastos públicos, privatização das atividades estatais, diminuição da regulação nas áreas do trabalho, meio ambiente, consumo, dentre outros setores. De maneira geral, a atuação do Estado foi reorientada para proteger a acumulação privada de capital (Ibidem) e, conseqüentemente, atores não públicos ganharam espaço de atuação e liderança.

No sentido de esvaziar o engajamento político da OMS, a instituição liberal e conservadora Fundação Heritage⁵⁵ publicou, em 1985, o estudo intitulado “A OMS: resistindo

⁵⁴ O texto em língua estrangeira é “The treatment of diverse stakeholders as equals is also problematic as it does not recognise the power imbalances or legitimacy on any given issue. Parliaments, civil society organizations, businesses may all be stakeholders, but their authority, legitimacy and power vary. In terms of legitimacy, for example, while governments and civil society organizations are usually guided by mandates to work for the common good, the aim of business actors is to work for profit for their specific company. It is not a coincidence that the term ‘stakeholder’ emerged from business and management strategies which sought to downplay power differentials in order to advocate an increased role for business in decision-making. Yet the decisions about stakeholders – who is chosen, who is excluded, whose voice is heard, whose isn’t – is ultimately a deeply political choice with ramifications for everyone.”

⁵⁵ A Fundação Heritagagem é um *think thank*, ou grupo de reflexão, que tem como missão formular e promover políticas públicas baseadas nos princípios da livre iniciativa, governo limitado, liberdade individual, valores tradicionais americanos e uma forte defesa nacional. Para mais ver: <https://www.heritage.org/about-heritage/mission>

à pressão ideológica do terceiro mundo”⁵⁶. O texto denunciava a suposta mobilização da OMS (e da ONU) contra empresas privadas (Ibidem), por meio das suas últimas iniciativas, como os suportes ao desenvolvimento das já citadas listas de medicamentos genéricos essenciais e a instituição do Código Internacional de Mercado para Substitutos de Leite Materno⁵⁷. Nesse sentido, o estudo recomendava que os EUA contivessem essa movimentação, insistindo, juntamente com outros países ocidentais, que a OMS se resguardasse ao seu mandato técnico de melhora da saúde para expandir o mercado comercial no Terceiro Mundo (BIRN, 2009). Munidos pelos argumentos do estudo, os EUA lideraram um esforço para atender as demandas sobre a “pressão ideológica” sob a OMS. Nos anos seguintes, a organização sofreu uma investida sem precedentes de acusações de ineficiência, relatadas, por exemplo, em publicações da influente revista britânica *The BMJ*⁵⁸, em 1994 (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Na esteira do descontentamento generalizado com a OMS, em 1988, é eleito o quarto Diretor-Geral da OMS, o japonês Hiroshi Nakajima. Sua nomeação não foi apoiada pelos EUA e nem por muitos países da Europa e América Latina, e sua gestão foi alvo de muitas críticas. Durante seu mandato, ele tentou lançar várias iniciativas importantes, como medidas sobre o uso de tabaco e vigilância global de doenças. Entretanto, pesou sobre ele um enorme criticismo, relacionado ao seu estilo autocrático, sua inabilidade de comunicação e, sobretudo, a denúncias sobre clientelismo e corrupção (BROWN, CUETO, FEE, 2006).

Todas essas questões, somadas aos esforços estadunidenses pela transformação da filosofia de trabalho da OMS, tiveram, segundo Birn (2009), dois grandes efeitos: 1) no âmbito de sua atuação, a agência foi forçada a diminuir o seu foco na estratégia ‘Saúde para todos’ e abandonar alguns de seus princípios mais antigos - como a provisão gratuita de serviços de saúde para países de baixa renda; 2) e no âmbito da governança, a OMS perdeu recursos e influência para competir com outros atores internacional de saúde (BIRN, 2009). Conseqüentemente, a agência vivenciou a erosão do seu protagonismo no próprio campo da saúde (VENTURA & PEREZ, 2014).

Diante desse cenário, a eleição da quinta Diretora-Geral da OMS, Gro Harlem Brundtland, em 1998, “foi uma demonstração de que a OMS procurava uma liderança que

⁵⁶ O texto em língua estrangeira é: “*The WHO: Resisting Third World Ideological Pressures*”

⁵⁷ Para mais informações sobre a criação de listas de medicamentos essenciais e a instituição do Código Internacional de Mercado para Substitutos de Leite Materno ver VILLARDI, 2018 e REA, 1990.

⁵⁸ The BMJ, ou British Medical Journal, é uma revista médica periódica do Reino Unido, publicada pela Associação Médica Britânica. É uma das mais influentes e conceituadas publicações sobre medicina no mundo. Para mais ver: <https://www.bmj.com/>

pudesse restaurar a credibilidade da organização e trazer-lhe uma nova visão” (CUETO, 2015, p. 81). Brundtland tinha bastante experiência nas áreas de saúde e meio ambiente e desenvolvimento, e ainda muita vivência política em nível internacional. Além de ex-primeira-ministra da Noruega, foi presidente da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento⁵⁹. Ela estava determinada a reposicionar a OMS no centro da agenda global, remodelando-a e resgatando sua antiga e original ideologia – marcada, no princípio, por uma forte influência sobre as nações (Ibidem). As transformações instauradas pela Brundtland na OMS, principalmente na área do financiamento, serão objeto de maior detalhamento e análise no próximo capítulo.

A ascensão do fenômeno da globalização e do pensamento político-econômico neoliberal estabeleceu transformações substanciais em todas as áreas da vida. Não diferente, esse cenário colaborou com a transição da Governança da Saúde Internacional para a Governança da Saúde Global. A OMS – assim como tantas outras instituições – se vê afetada por essas mudanças, tanto na sua relação com outros atores da *Saúde Global* como também no que tange a sua política interna de atuação e financiamento. Em síntese, como argumentado, a organização perde legitimidade e, conseqüentemente, espaço e autonomia. Essa reviravolta passa então a influenciar as ações da agência nas primeiras décadas do século XXI. E, por fim, dentre os novos e futuros desafios para a OMS está a sua relação com outros atores internacionais de saúde – tema de destaque deste trabalho.

1.6 A ascensão de novos atores internacionais de saúde: Fundações Filantropistas e Parcerias Público-Privada (PPP) internacionais

Como visto, a Governança da Saúde Global foi palco da ascensão de novos atores de diversos formatos e tamanhos. Essas instituições e iniciativas, novas e antigas, formam um panorama complexo e assimétrico, com visões e alcances diferentes. Inevitavelmente, esse quadro reflete as relações geopolíticas contemporâneas e reproduz a balança de poder dominante (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

⁵⁹ Em 1983, Gro Harlem Brundtland foi convidada pelo então Secretário-Geral da ONU a estabelecer e presidir a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Em abril de 1987, a Comissão publicou o relatório “Nosso Futuro Comum”, que instaura o conceito de desenvolvimento sustentável no discurso público. Além disso, a Comissão estabeleceu uma série de recomendações, levando a realização, em 1992, da Conferência da ONU sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (conhecida como Eco-92), no Rio de Janeiro. Para mais ver: <https://brasil.un.org/pt-br/91223-onu-e-o-meio-ambiente>

A etnografia de documentos realizada para esse trabalho permitiu identificar alguns desses novos atores como importantes financiadores da OMS. Não por acaso, eles também possuem um papel essencial na Governança da Saúde Global. Dentre as novas instituições, chama atenção a relevância da Fundação Bill & Melinda Gates e da GAVI *Alliance*, segundo e quarto maiores contribuintes da OMS, respectivamente. O perfil desses atores pode evidenciar a importância de dois novos modelos institucionais que ganharam espaço nas últimas décadas: as Fundações Filantrópicas e as Parcerias Público-Privadas (PPP) internacionais.

As Fundações Filantrópicas já eram fortemente ativas na prática internacional de saúde desde o início do século XX. A Fundação Rockefeller, por exemplo, é um nome historicamente importante. Ela foi responsável, entre outras atividades, por campanhas de combate a doenças, pelo estabelecimento de escolas de Saúde Pública e pela implantação de programas de capacitação em todo mundo (quase 100 países receberam suas ações). Sua atividade e capacidade de mobilizar recursos a transformou numa grande referência da área, exercendo grande influência na formatação da agenda do campo, moldando padrões e paradigmas. Além disso, como já explorado, a Fundação também apoiou agências importantes, como a OMS, com suporte financeiro e humano (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

A filantropia privada é prioritariamente financiada por doações ou heranças de empresas ou indivíduos ricos. Dessa forma, trabalham de acordo com as visões de seus financiadores e prestam contas apenas aos seus conselhos, formados por pessoas selecionadas internamente. Consequentemente, suas decisões importantes ficam, em geral, sob a responsabilidade de um número restrito de executivos. Ou seja, diferentemente de órgãos públicos, o planejamento e a implementação das atividades filantrópicas não estão sujeitas à participação social e nem ao escrutínio público (Ibidem).

Ademais, nos EUA, Canadá e em vários outros países, as fundações desfrutam de isenção fiscal e são indiretamente subsidiadas pelo setor público – embora este não tenha nenhuma participação na forma de como esse subsídio é gasto (Ibidem). Ao transferir o patrimônio pessoal para uma fundação, os indivíduos filantrópicos evitam ganhos de capital ou impostos sucessórios que, de outra forma, iriam para a receita fiscal dos governos (dentre as possibilidades de uso, estariam os gastos sociais do Estado).

Segundo Clarck e Macgoey (2016), situações como estas podem ser um desafio para a *Saúde Global* de duas formas:

Uma é que pode corroer o apoio aos gastos do governo em um momento de diminuição dos fundos para a saúde global e a ajuda ao desenvolvimento, embora de enorme e persistente necessidade e desigualdade. A outra é que ela pode criar uma desculpa para os Estados ou órgãos públicos para que não cumpram seus compromissos; visto que os governos estão rescindindo constantemente suas promessas de ajuda internacional⁶⁰ (CLARK; MACGOEY, 2016, p. 2458, tradução nossa).

Em suma, o investimento filantrópico estabelece um cenário de incerteza para iniciativas em saúde, na medida em que enfraquece o compromisso de governos com a assistência social e, ao mesmo tempo, legitima a ausência de controle social sobre as escolhas de atuação dessas fundações. Dessa forma, no caso de instabilidade no trabalho filantrópico ou desinteresse em alguma agenda considerada importante pelo público, não há muito a quem recorrer.

As iniciativas filantrópicas estabelecem um certo padrão hierárquico sobre quem assiste e quem é assistido. Os EUA e outros poucos países da Europa, por exemplo, são sede da maior parte dessas fundações filantrópicas internacionais de saúde (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016). Seus programas e ações são focados, geralmente, nos continentes da África e Ásia, dois pontos globais bem distantes de suas sedes. É possível, dessa forma, perceber um fluxo bem definido das atividades filantrópicas em *Saúde Global*, dividindo e hierarquizando o globo.

Nas últimas décadas ascenderam fundações de proporções nunca evidenciadas na área de saúde e direitos humanos, como a *Welcome Trust*, *Ford Foundation*, *Kellogg Foundation* e *Milbank Memorial Fund*. A atuação dessas instituições é conhecida como filantropocapitalismo, que significa aplicar abordagens de negócios à filantropia, por meio de uma ótica benevolente de empresas privadas. Partindo de uma perspectiva de justiça social, que vê a saúde mais como um direito do que como uma caridade, os atores filantrópicos têm legitimidade limitada. Assim, seu crescimento direto e indireto no campo da saúde pode ser considerado preocupante (Ibidem).

Segundo Clarck e Macgoey (20126), a aceitação acrítica da ascensão do filantropocapitalismo tem elevado “feiticeiros tecnológicos”⁶¹ à autoridade moral na área da *Saúde Global* (CLARK; MACGOEY, 2016, p. 2459, tradução nossa). Ou seja, indivíduos enriquecidos pelos setores tecnológicos ou financeiros, mas não necessariamente qualificados ou experientes na área do desenvolvimento social e da saúde, se tornaram referências para

⁶⁰ O texto em língua estrangeira é: “One is that it can erode support for government spending at a time of shrinking funds for global health and development aid but enormous and persistent need and inequality. The other is that it can create cover for states or public bodies from fulfilling their commitments; governments are steadily rescinding their aid promises”.

⁶¹ O texto em língua estrangeira é: “technological wizards”

atuação no campo. Além da suposta legitimidade conferida pela benevolência dessas personalidades milionárias, seu prestígio também advém de propostas mágicas como soluções para problemas de saúde, a partir, principalmente, do uso de tecnologias biomédicas (Ibidem), reproduzindo as estratégias verticais apresentadas e criticadas nas seções anteriores.

Na prática, o capitalismo se impõe à filantropia, tornando-a um empreendimento contraditório. Essa contradição se expressa principalmente no fato de que o papel central, e até mesmo nocivo, do filantropocapitalismo na *Saúde Global* depende principalmente de recursos gigantescos de corporações privadas – fruto de lucros extraordinários e ataques ideológicos sistemático às abordagens sociais redistributivas (BIRN; RICHTER, 2016). Sem contar, ademais, com as consequências ambientais e socialmente predatórias das atividades de muitas dessas empresas.

Hoje, a Fundação Bill e Melinda Gates (FBMG) é a maior representante do filantropocapitalismo na saúde e no mundo. Criada em 2000 pelo fundador da *Microsoft*, Bill Gates (considerada pessoa mais rica do mundo durante as últimas décadas) e sua esposa, Melinda Gates, a instituição nasceu no ápice do neoliberalismo, quando gastos em *Saúde Global* estavam estagnados e os países de média e baixa renda sofriam com a pandemia de HIV, além de outras doenças infecciosas, e com a ascensão de enfermidades crônicas e violência. Época também marcada, durante décadas, por políticas de austeridade impostas aos países pelo Banco Mundial e FMI (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; BIRN; RICHTER, 2016).

O começo do investimento de Gates na filantropia coincidiu com a sua crescente má reputação como empresário. Na virada do século, a *Microsoft* estava com uma imagem negativa devido ao seu *lobby* junto ao governo dos EUA e da sua conduta anticoncorrencial⁶². Concomitantemente a isso, a FBMG iniciou o financiamento de inúmeras iniciativas sobre vacinas e imunização, nutrição e combate ao HIV, tuberculose e malária⁶³ (BIRN; RICHTER, 2016). Desde então, a Fundação é aclamada, em grande parte acriticamente, como “salvadora da Saúde Global” (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016, p. 183). A instituição chega, inclusive, a gastar mais dinheiro nessa área do que qualquer governo, só não mais que os EUA. Desde 2008, a FBMG tem sido a maior doadora privada da OMS. Além da organização, hoje,

⁶² Em 1998, a *Microsoft* é acusada de *lobby* para a diminuição do orçamento do Departamento de Justiça dos EUA, ao mesmo tempo em que estava envolvida em uma ação judicial antitruste. Em 1999, a empresa também enfrentou uma ação coletiva por abuso de monopólio de software, na Califórnia; ao mesmo tempo que enfrentava acusações sobre atuação anticoncorrencial na União Europeia (BIRN; RICHTER, 2016).

⁶³ Em 1999, Gates lançou um Programa de Vacinação para Crianças e, no ano seguinte, doou 750 mil dólares à Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (atual GAVI). Em 2002, a FBMG co-fundou a Aliança Mundial para Melhorar a Nutrição e se converteu em um dos maiores financiadores do Fundo Global de combate ao HIV, Tuberculose e Malária (BIRN; RICHTER, 2016).

praticamente todos os principais atores da Governança de Saúde Global têm seu orçamento oriundo da Fundação americana (BIRN; RICHTER, 2016). Isso demonstra e reforça sua poderosa influência no campo da saúde no mundo.

No que tange aos seus interesses e abrangência, inicialmente, a Fundação evitou aumentar o seu portfólio para além dos temas acima citados. Mas isso mudou com as ações de pesquisa em 100 países, que resultaram na implantação de escritórios na África, China, Índia e Reino Unido. Cresceu-se assim o quadro de funcionários, que passou de 1.300 pessoas. Porém, esse alcance também acompanha uma certa dinâmica de segmentação do globo. Em 2016, 75% dos financiamentos de programas de Saúde Global da Fundação foram destinados para apenas 60 organizações – das quais 90% estão sediadas nos EUA, Reino Unido e Suíça, demonstrando com isso certas preferências sobre os seus alvos de investimento. De toda forma, o orçamento da FBMG passou o da OMS nos últimos anos e seu tamanho a tornou uma liderança na Governança da Saúde Global (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; BIRN; RICHTER, 2016).

A principal missão da FBMG é se utilizar do desenvolvimento da ciência e suas tecnologias para reduzir iniquidades em saúde. Suas atividades colocam em prática o uso de inovações no tratamento (via ferramentas de diagnóstico e desenvolvimento de novos medicamentos) e na prevenção (via vacinas e microbicidas tópicos⁶⁴) (BIRN; RICHTER, 2016). Dentre as enfermidades, a Fundação prioriza ações de combate ao HIV, malária, tuberculose, pneumonia, doenças de diarreia e negligenciadas⁶⁵. E dentre as atividades mais proeminentes está o apoio ao desenvolvimento de vacinas (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

A FBMG também tem estreitas conexões com grandes corporações do setor da tecnologia, como indústrias farmacêuticas, produtoras de agroquímicos e de biotecnologia – origens de muitos dos seus funcionários. Esses vínculos podem ser diretos ou por meio do financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates Trust – criada em 2006 (Ibidem). Contraditoriamente, a Fundação mantém conexões próximas com várias empresas

⁶⁴ Microbicidas são agentes de uso tópico, ou aplicação direta no corpo, cujo objetivo é reduzir a infecção por vírus ou bactérias. O termo foi cunhado para se referir a um potencial produto vaginal para prevenir a transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis e poderia também atuar de forma semelhante com uso anal para proteger os homens que têm relações sexuais com homens ou mulheres durante as relações anais. Para mais ver: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2008/february/20080220microbicideswhyaretheysignificantpa>. Acesso em: 21 de novembro de 2021.

⁶⁵ Doenças negligenciadas são um conjunto de enfermidades causadas por agentes infecciosos ou parasitas predominantes em regiões tropicais com populações em situação de alta vulnerabilidade. Essas doenças são consideradas negligenciadas por não receberem atenção suficiente de políticas de saúde e de P&D de diagnósticos e tratamentos.

relacionadas a danos à saúde, como a Coca-Cola, McDonald's, Monsanto e Nestlé. Todas elas se beneficiam das iniciativas globais da FBMG voltadas para a saúde e agricultura. Esse padrão de relacionamento controverso, no entanto, tem desencadeado críticas à Fundação sob alegação de conflito de interesse (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; BIRN; RICHTER, 2016).

No campo farmacêutico, segundo Birn e Richter (2016), a relação estreita da FBMG com a indústria de medicamentos (e similares) coloca em xeque sua missão declarada de reduzir as desigualdades em saúde, visto que os “os lucros excessivos dessas corporações impedem o acesso a medicamentos a preços acessíveis”⁶⁶ (BIRN; RICHTER, 2016, p. 143, tradução nossa). Mesmo que a Fundação tenha vendido grande quantidade das suas participações farmacêuticas, em 2009, seu interesse financeiro na *Big Pharma* permanece por meio dos investimentos dos seus maiores doadores. Outro vínculo próximo com o setor: vários funcionários da FBMG, de alto escalão, trabalharam antes para empresas farmacêuticas⁶⁷, evidenciando assim a prática de “porta giratória”, raramente discutida publicamente (Ibidem).

Essas relações são emblemáticas na medida em que compactuam com a lógica de trabalho da Fundação. Elas advogam pelo uso de evidências técnicas para a tomada de decisões na área da Saúde Global (BIRN, 2009). Nesse sentido, seus programas são formulados com o objetivo de alcançar avaliações positivas em um curto prazo, com metas estreitamente definidas. Essa abordagem visa medir a eficácia de programas de desenvolvimento por meio dos seus impactos sociais, guiando a formulação de políticas (BIRN, 2009; BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Esse enfoque reducionista foi expresso com eloquência por Bill Gates em seu discurso de abertura da Assembleia Mundial de Saúde, em 2005. Na ocasião, ele invocou a erradicação da varíola por meio da vacinação – possível graças ao baixo custo permitido pelo *status* não patenteado da vacina - para defender sua agenda de Saúde Global. Segundo Gates, em seu discurso:

Alguns dizem que só podemos melhorar a saúde quando eliminamos a pobreza, e eliminar a pobreza é um objetivo importante, mas o mundo não precisava eliminar a pobreza para eliminar a varíola, e não precisamos eliminar a pobreza antes de podermos reduzir a malária, precisamos produzir e distribuir uma vacina⁶⁸ (GATES *apud* BIRN; RICHTER, 2016, p. 142, tradução nossa).

⁶⁶ O texto em língua estrangeira é: “las ganancias excesivas de estas corporaciones impiden el acceso a medicamentos asequibles”.

⁶⁷ Por exemplo, o presidente do Programa Global de Saúde da BMGF, Trevor Mundel, era anteriormente executivo sênior da farmacêutica suíça Novartis. Também, seu predecessor, Tachi Yamada foi executivo e membro do conselho da inglesa GlaxoSmithKline (BIRN; RICHTER, 2016).

⁶⁸ O texto em língua estrangeira é: “Algunos... dicen que sólo podemos mejorar la salud cuando eliminamos la pobreza, y eliminar la pobreza es una meta importante, pero el mundo no tuvo que eliminar la pobreza para

Esse modelo, porém, leva a intervenções limitadas que desconsideram os determinantes sociais subjacentes a doenças. Desconsidera a relevância da desigualdade e da acumulação de riquezas que a desencadeiam (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016), abrindo mão de iniciativas baseadas na integração entre abordagens sociais e técnicas (BIRN, 2009), na melhoria das condições de vida e de trabalho, no investimento na paz, na criação de um sistema global financeiro e comercial mais justo, na construção e fortalecimento de um sistema universal de saúde, dentre outros princípios (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Muitas agências internacionais de saúde, no entanto, embarcam na adesão aos projetos da FBMG, associando-os diretamente a iniciativas bem-sucedidas. Essa sua capacidade de atrair financiadores para suas atividades permite à Fundação realizar empreendimentos coletivos – em que doadores igualam ou superam o valor de seu próprio investimento. Essas super instituições doadoras contribuem, juntas, anualmente, com até 10 vezes mais recursos para a *Saúde Global* do que a própria Fundação Gates. Porém, possuem consideravelmente menos reconhecimento (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; BIRN; RICHTER, 2016).

Dentre os principais projetos compartilhados pela FBMG estão as Parcerias Público-Privadas (PPPs) – relevantes alavancas pelas quais a Fundação ganhou influência na definição da agenda e tomadas de decisão na *Saúde Global* (BIRN; RICHTER, 2016). As PPPs são, assim como as entidades filantrópicas, novos e importantes atores da Governança de Saúde Global. Sua ascensão é também resultado da promoção da Diretora-Geral da OMS, Brundtlan, na década de 1990 – assim como dos seus sucessores, Jong-wook Lee e Margaret Chan (CUETO, 2015).

Nessa época, as PPPs se promoveram ao financiar e implementar iniciativas de *Saúde Global* em concordância com as prescrições neoliberais de privatização de bens e serviços públicos. No final da década de 1990, as agências vinculadas à ONU classificaram uma ampla gama de interações público-privadas como "parcerias" ou "iniciativas de múltiplos atores", como bem orienta a instituição do multi-institucionalismo na Governança de Saúde Global (BIRN; RICHTER, 2016).

Hoje, as PPPs globais são numerosas, com a OMS envolvida em dezenas delas (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016). Mais especificamente, elas são arranjos que combinam recursos diferentes de entidades do setor público e privado para responder aos problemas mundiais de saúde. Elas atuam em diferentes áreas, assim definidas: oferta de serviços relacionados ao

controle de doenças e desenvolvimento de novas tecnologias de saúde e *advocacy*⁶⁹ relacionado ao fortalecimento de sistemas de saúde (KAMEDA, 2012).

Existem PPPs de diferentes tamanhos de escalas, com seus orçamentos variando entre milhões e muitos bilhões de dólares. Muitas delas foram lançadas ou são financiadas pela FBMG. E boa parte delas também são importantes por estimular a pesquisa, o desenvolvimento e o fornecimento de vacinas e medicamentos no mundo. Normalmente, as PPPs são tidas como “colaborações” positivas entre o setor privado e agências intergovernamentais ou nacionais (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016). Entretanto, seu formato e suas práticas trazem problemas relevantes.

Estas instituições híbridas (público-privadas) fomentam uma relação mais estreita entre instituições públicas e empresas, tornando-as dependentes e promovendo um processo de tomada de decisões compartilhado entre parceiros com poder e recursos assimétricos. Tais arranjos permitiram que os interesses comerciais ganhassem uma relevância sem precedentes no desenvolvimento e implementação de políticas de *Saúde Global*, com insuficiente escrutínio público ou prestação de contas (BIRN; RICHTER, 2016).

Essas parcerias são quase impreterivelmente direcionadas para o desenvolvimento de programas verticais de saúde, focados em doenças específicas e tecnologias de saúde. Não há, por exemplo, PPP sobre atenção primária à saúde. Esses programas esvaziam esforços pelo desenvolvimento e fortalecimento de sistemas locais ou nacionais de saúde. Ademais, por um lado, a responsabilidade da OMS quanto a alguns temas ou doenças é, em muitos casos, substituída por algumas PPPs, deixando a organização à margem e privando-a de algumas ações de enfrentamento de doenças. Por outro lado, a ausência de uma centralização e de um controle de temas de trabalho fazem com que muitas PPPs dupliquem os esforços existentes umas das outras (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016).

Algumas PPPs são formadas por uma quantidade tão ampla de parceiros (alcançando, por exemplo, quase 200 entidades) e com interesses tão diversos que a sua governança se torna impraticável. Além disso, os limites impostos pela abordagem restrita e, até mesmo, as secretarias pequenas e com poucos recursos, fazem com que as parcerias adotem padrões “únicos” de projeto, desconsiderando adaptações para o contexto e demandas dos locais receptores. Toda essa rigidez implica em uma imposição de uma agenda única e pouca harmonização com os governos e outras entidades locais (Ibidem).

⁶⁹ Advocacy é prática de incidir politicamente em favor de uma causa, de modo a influenciar na formulação e implementação de políticas públicas que atendam às necessidades de uma ou mais populações.

Uma das PPPs mais antigas, igualmente importante para o presente trabalho, é a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite, lançada em 1988, com participação das seguintes instituições: da OMS, dos EUA, do Rotary Internacional, dos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC, da sigla em inglês para *Centers for Disease Control and Prevention*), do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, da sigla em inglês para *United Nations International Children's Emergency Fund*) e de governos nacionais.

Quase três bilhões de crianças foram imunizadas desde 2000, levando a OMS a estimar que a administração da vacina oral contra a poliomielite preveniu mais de 13 milhões de casos de paralisia infantil. A organização, inclusive, destina cerca de um quinto do seu orçamento para a prevenção e controle da doença. Mais de um quarto de século depois do início da iniciativa, mais de US \$ 14 bilhões foram investidos (Ibidem).

Porém, no caso da poliomielite, os problemas ainda persistem no mundo. O poliovírus selvagem (incluindo o derivado da vacina) – ou o ressurgimento da poliomielite no Afeganistão, Nigéria, Paquistão e em 10 outros países “vulneráveis” – levou a uma reavaliação considerável das abordagens existentes. Cada vez mais, os críticos condenam a abordagem de cima para baixo da PPP, as suas decisões científicas controversas e seu papel em eliminar muitas outras prioridades de saúde. Até mesmo Bill Gates, um dos maiores financiadores de programas de abordagens técnicas para a *Saúde Global* (já chegou a destinar mais de US \$ 3 bilhões para combater a poliomielite) reconheceu, tardiamente, que a erradicação direcionada precisa ser integrada a abordagens infraestruturais mais amplas de saúde (Ibidem).

Finalmente, o GAVI, sigla do consórcio *Vaccine Alliance*, pode ser considerado o tipo modelar da maioria das PPPs. Ele foi fundado pela FBMG, em 1999, e seu foco é aumentar o acesso das crianças às vacinas em mais de 60 países por meio do apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento (P&D), e ainda pela distribuição de vacinas a preços subsidiados. O GAVI reúne a OMS, o UNICEF, o Banco Mundial e a FBMG. Mas também trabalha com outros doadores e parceiros, como governos, empresas privadas, ONGs, associações de profissionais, organizações religiosas, dentre outras iniciativas (Ibidem).

A estrutura organizacional do GAVI inclui a representação do setor empresarial no seu Conselho. Os seus acordos são caracterizados pela participação dos doadores empresariais e dos funcionários da FBMG nas organizações beneficiadas por seus projetos e recursos. Essa participação corporativa no trabalho do GAVI – assim como seu acesso direto aos lucros de empresas farmacêuticas, já bastante lucrativas, feito por meio de contratos e incentivos

duvidosos, que não fazem o suficiente para reduzir os preços das novas vacinas e também não apoiam a produção e registro delas por novos fabricantes de países de baixa e média renda – tem sido alvo de duras críticas (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; BIRN; RICHTER, 2016).

O GAVI subsidia empresas para produzirem produtos já lucrativos, como a vacina pneumocócica⁷⁰. Enquanto isso, os países considerados não mais elegíveis para política de preços do GAVI perdem subsídios diretos e acesso a vacinas mais baratas. Além de problemas relacionados a preços, o consórcio também é criticado por ser fortemente "de cima para baixo", enfatizando soluções técnicas que prestam pouca atenção às necessidades locais e suas condições. Se utilizando do mantra “salvar vidas de criança”, tudo isso vem ocorrendo nos bastidores da saúde (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; BIRN; RICHTER, 2016).

Em suma, assim como o GAVI, as PPPs mobilizaram bilhões de dólares para a *Saúde Global*, resultando em uma movimentação do mercado de saúde sem precedentes. Esse super fortalecimento do setor privado levou a uma ampla influência na formulação de políticas de saúde – de modo que, na prática, a maioria delas canaliza dinheiro público para o setor privado, e não o contrário. Temos o seguinte exemplo: mais de 75% do financiamento das atividades do GAVI são originários de governos nacionais, demonstrando a supremacia do investimento público no consórcio.

Essa lógica de privilegiar financeiramente o setor privado é possibilitada e potencializada pela carência de transparência e insuficiência de salvaguardas públicas que evitariam conflitos de interesses (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2016; BIRN; RICHTER, 2016). Ademais, essa dinâmica perpetuada pelas PPPs e pelo multi-institucionalismo fragmenta e desestabiliza a Governança da Saúde Global, afetando principalmente a OMS, por meio da supressão da sua autoridade e capacidade para coordenar e, até mesmo, funcionar.

⁷⁰ Em 2007, o GAVI criou um fundo especial chamado Advance Market Commitment (AMC) para acelerar o lançamento global da vacina pneumocócica e incentivar os fabricantes de vacinas a produzir versões adequadas e acessíveis da vacina. As farmacêuticas Pfizer e GlaxoSmithKline (GSK) passaram a cobrar do Gavi cerca de 9 dólares por cada criança a ser vacinada nos países mais pobres e, ainda, receberam um complemento subsidiado que equivale a mais 12 dólares, totalizando 21 dólares por criança. No entanto, nos países de renda média que não se qualificam para o apoio do GAVI, a Pfizer e a GSK cobraram até 80 dólares por criança, impossibilitando que cerca de 25% dos países do mundo comessem a vacinar suas crianças. Para mais ver: <https://www.msf.org.br/noticias/subsidio-da-gavi-nao-deve-ser-concedido-aos-gigantes-farmaceuticos>. Acesso em: 21 de novembro de 2021.

2 CONTRIBUIÇÕES À OMS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE GLOBAL

Nas últimas décadas, o setor saúde tornou-se numa das maiores indústrias do mundo, constituindo um espaço dinâmico de acumulação de capital (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016; GADELHA et al, 2003). A pujança econômica dessa área e as relações constituintes entres os envolvidos nessas relações são também “esferas da vida social”. Para tanto, “devem ser articuladas para pensar o setor da saúde” (GADELHA et al, 2003, p. 48). Sendo assim, como e quanto a saúde é financiada tem grandes implicações, tanto nas economias do mundo como também nas condições de saúde das sociedades globais. Nesse sentido, faz-se necessário e substancial pensar como se dá a dinâmica do financiamento da *Saúde Global*.

Diagnosticar e analisar o modus operandi do financiamento da *Saúde Global*, além de contribuir para a percepção da atualidade, é importante para subsidiar propostas sobre como deveria ser esse repasse de verbas. Desse modo, como realocar recursos para a saúde? Essa questão pode levar a possíveis respostas relacionadas à necessidade de aumentar os gastos na área da saúde, automaticamente correlacionando quantidade e qualidade. Porém, grandes gastos não significam automaticamente a melhoria da saúde.

Grandes gastos podem repercutir em menores retornos (a longo prazo). E, por outro lado, gastos reduzidos podem trazer resultados melhores, dependendo de como o dinheiro é aplicado e de como são organizadas outras dimensões da economia e sociedade (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). Nesse sentido, faz-se fundamental pensar as lógicas e o conteúdo das abordagens que subsidiam as decisões políticas relacionadas à realocação de recursos. Essa reflexão, inclusive, deve ir além do retrato das quantidades aplicadas.

A OMS, instituição chave no arranjo da *Saúde Global*, é importante alvo de financiamento internacional. Seu trabalho é substancial para a saúde das populações do mundo. Nesse sentido, seu orçamento é determinante para a manutenção de suas políticas e iniciativas. Tendo em vista a relevância do orçamento da OMS para seu trabalho, esse capítulo objetiva discutir a sua dinâmica de financiamento, desde a sua criação até a atualidade.

Em termos gerais, a OMS possui duas formas de arrecadação, a serem detalhadas ao longo deste capítulo. Existe, primeiramente, o fundo orçamentário regular (*Regular Budget Funds* – RBFs), que recebe contribuições obrigatórias dos Estados-membros da Organização. E tem, também, o fundo orçamentário extra (*Extra Budget Funds* – EBF), que reúne contribuições voluntárias de organizações da ONU, de Estados-membros, ONGs, de empresas privadas e de pessoas físicas.

Ao longo da existência da OMS, a relação entre essas formas de arrecadação se transformou significativamente – essa dinâmica será, inclusive, foco das discussões e análises das próximas seções deste trabalho. Influenciada pela correlação de poderes e interesses da Governança da Saúde Global e do contexto geopolítico mundial, os recursos recebidos pela Organização influenciam decididamente a sua atuação e a sua agenda.

2.1 As contribuições obrigatórias e a repreensão política por meio do financiamento

O orçamento de uma instituição é fator substancial para as suas atividades, de modo que seu controle influencia na sua orientação. Durante sua existência, os recursos financeiros da OMS foram frequentemente alvo de ataques como estratégia de pressão política utilizada por doadores insatisfeitos com a atuação da agência. A relação política entre a OMS e doadores – ora de harmonia ora de hostilidade – sempre determinou a quantidade e os termos deste orçamento.

Nos primeiros anos de funcionamento, a OMS dependia quase que inteiramente do seu orçamento ordinário, constituído pelas contribuições obrigatórias dos Estados-membros (VAUGHAN et al, 1996). Essa ajuda financeira era calculada de acordo com a escala da ONU, que classifica a possibilidade ou capacidade de cada país em contribuir conforme seu Produto Interno Bruto (PIB) e também condizente com a população de cada Estado.

Nenhum país pode, porém, contribuir com mais de um terço do total arrecadado pela Organização. Essa regra visa impedir que a OMS seja dependente de um único Estado-membro (LEE, 2008). As contribuições obrigatórias são destinadas a um fundo flexível, conferindo à agência a liberdade de alocar esse recurso conforme as demandas de financiamento para iniciativas deliberadas pela Assembleia Mundial de Saúde, onde são votadas as prioridades da Organização.

No imediato pós-Segunda Guerra, quando recém-criada a OMS, os EUA eram o maior financiador da organização, contribuindo com mais de 33% de seu orçamento total (BIRN, 2009). A hegemonia estadunidense possibilitou uma relação harmoniosa com a Organização, tendo em vista o alcance da sua influência na Assembleia Mundial de Saúde, que garantia a maioria dos votos. Durante esse período, os EUA se viram muito otimistas com “seu poder de controle sobre as agências multilaterais - o que inicialmente conseguiu conservar”, levando-os

a adotar “formas mais sutis de dominação do que as desenvolvidas pelo imperialismo europeu” (CUETO, 2015, p. 35).

Até a metade da década de 1950, a OMS também possuía outras duas grandes fontes de financiamento. A primeira: o Programa Expandido de Assistência Técnica (*Expanded Programme for Technical Assistance* - EPTA), criado, em 1949, para promover o desenvolvimento econômico por meio da transferência de habilidades técnicas da também recém-criada ONU e suas agências. Esse recurso era usado pela OMS para fortalecer a administração em saúde, para controlar doenças comunicáveis e para capacitar, tecnicamente, funcionários.

Segunda fonte de recursos: o Fundo Especial da ONU (atual Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD), criado na década de 1950, chegou a mobilizar uma grande quantidade de verbas para as suas atividades econômicas e sociais. Essas duas fontes então, frutos de projetos do sistema ONU, evidenciaram a pujança das instituições multilaterais no imediato pós-Segunda Guerra (LEE, 2008).

Apesar da grande polarização causada pela Guerra Fria, nesse período, havia um amplo consenso sobre a legitimidade da OMS (BIRN, 2009), que gozava “de uma autoridade praticamente incontestada” (VILLARDI, 2018, p. 26). Esse reconhecimento oficial contribuiu para o crescimento do seu orçamento, que saltou de US\$ 3,8 milhões, em 1948, para US\$ 17,7 milhões, em 1957. Prova real de seu prestígio no mundo: mesmo quando a URSS se retirou do sistema ONU, entre 1949 e 1957, ela continuou contribuindo com o orçamento da OMS (BIRN, 2009).

Como discutido no capítulo anterior, as décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pela implementação de campanhas verticais da OMS. Essas ações se alinhavam com o empreendimento ocidental pelo desenvolvimento capitalista dos seus países alvos. A promoção da hegemonia política capitalista estadunidense era ainda reforçada com um paralelo e forte financiamento bilateral das campanhas verticais (Ibidem), já permitindo um aumento substancial do EBFs (LEE, 2009) e instaurando o fortalecimento das contribuições voluntárias.

A década de 1970, no entanto, é palco de uma mudança no equilíbrio de forças dentro da Assembleia Mundial da Saúde e de uma consequente reorientação política em prol de abordagens mais amplas sobre saúde pública. Como visto, em 1973, Halfdam Mahler é eleito Diretor-Geral da OMS. Mahler apoiou diversas iniciativas horizontais que enfatizavam o papel dos determinantes sociais da saúde. Porém, como também assinalado, essas ações

claramente alinhadas com uma luta por justiça social e por diminuição das desigualdades vieram com um considerável custo político (LEE, 2008).

A distribuição de medicamentos essenciais é um dos elementos fundamentais da estratégia “Saúde para todos até o ano 2000”, adotada pela OMS após a Conferência de Alma Ata. Essa tática possuía como imperativos “a justiça social, a equidade e o entendimento de que a garantia do direito à saúde e o desenvolvimento socioeconômico de uma nação tinham de ser discutidos conjuntamente” (VILLARDI, 2018, p. 37). Mahler propôs a criação de uma lista modelo de medicamentos essenciais com o objetivo de melhorar o acesso a essas tecnologias, globalmente. A finalidade desse esforço incluía, para além da definição da lista, discutir seus aspectos sociais e suas consequências (Ibidem).

A partir da década de 1980, no entanto, o esforço em torno da Lista Modelo de Medicamentos Essenciais foi associado a uma perspectiva “socialista” da saúde, compreendida como um direito coletivo que se opunha a perspectiva individualista “ocidental” de saúde (Ibidem). Essa leitura polarizada sobre as políticas da OMS desencadeou o criticismo do seu membro mais poderoso, os EUA, país que expressou publicamente sua desaprovação, retendo sua contribuição ao orçamento regular (LEE, 2008), entre 1986 e 1987 (VILLARDI, 2018).

Em conformidade com a retaliação dos EUA, também na década de 1980, um grupo formado pelos maiores doadores internacionais, conhecidos como *Geneva Group*⁷¹, instaurou uma política de zero crescimento (com ajuste inflacionário) real do RBF de organizações da ONU. A conduta deles foi justificada por uma “politização” dessas agências. Mais uma vez, em 1993, uma nova política de zero crescimento foi instaurada, reduzindo o orçamento da OMS em termos reais (LEE, 2008).

O criticismo dominante relacionado à ATS, que se seguiu nos anos seguintes à Conferência de Alma-Ata, expressa a ascensão de governos conservadores, que colocaram em prática políticas neoliberais com receitas padronizadas, contradizendo “o ideário amplo de equidade e saúde” (GIOVANELLA et al, 2019, p. 1) da Conferência. Além da austeridade fiscal imposta no mundo, a década de 1980 foi marcada pela forte recessão internacional (LEE, 2008). Todos esses fatores desmobilizaram o pagamento das contribuições obrigatórias realizadas pelos Estados-membros.

⁷¹ *The Geneva Group* (GG), criado em 1964, é uma coalizão de dezoito países-membros das Nações Unidas. Mais em: <http://www.thegenevagroup.net/cms/home/about-the-geneva-group.htm>

Tabela 1 – Status de pagamento de Estados-Membros e de membros associados em relação às contribuições do orçamento de trabalho efetivo do ano corrente.

	Número de membros que pagaram completamente suas contribuições	Número de membros que pagaram em parte suas contribuições	Número de membros que não realizaram pagamento	Número total de membros
30-Nov-92	81 (49%)	32 (19%)	53 (32%)	166
30-Nov-93	90 (48%)	23 (12%)	73 (39%)	186
30-Nov-94	95 (51%)	17 (9%)	75 (40%)	187
30-Nov-95	95 (51%)	14 (7%)	78 (42%)	187
30-Nov-96	98 (51%)	29 (15%)	65 (34%)	192
30-Nov-97	99 (52%)	27 (14%)	66 (34%)	192
30-Nov-98	100 (52%)	25 (13%)	68 (35%)	193
30-Nov-99	109 (56%)	27 (14%)	57 (30%)	193
30-Nov-00	114 (59%)	28 (15%)	51 (26%)	193
30-Nov-01	118 (61%)	26 (13%)	49 (25%)	193

Nota: Baseado no documento do Conselho Executivo da OMS “Status da coleta de contribuições obrigatórias incluindo membros em atrasados a uma extensão que justificaria a involução do Artigo 7 da Constituição, Relatório do Diretor Geral”. 109ª Sessão, Agenda Provisória Item 5.1, Dic. EB109/20, 20 de dezembro de 2001. Fonte: adaptada de LEE, 2008

A Tabela 1 apresenta o número absoluto e a porcentagem de Estados-membros e membros associados⁷² que pagaram suas contribuições integralmente, parcialmente ou não realizaram pagamento entre 1992 e 2001. Durante esse período, 63,5% dos países colaboradores, em média, não contribuíram com a Organização. Em 1995, esse percentual aumentou: os países não pagadores passaram a ser de 78% – o que representava, na época, cerca de 40% de todos os membros da agência. Embora o não pagamento das contribuições obrigatórias seja uma prática comum entre os Estados-membros da OMS, gerando atrasos e altas dívidas com a organização (Ibidem), essa conduta não pode deixar de ser vista como um movimento político.

Sucessivas administrações de George Bush, ex-presidente dos EUA, continuaram a insistir que o crescimento de contribuições a organizações da ONU deveria estar diretamente ligado a futuras reformas e performances (LEE, 2008) que não optassem pela “politização” das suas iniciativas. Não diferente da era Bush, recentemente os EUA anunciaram a retirada, durante o governo de Donald Trump, de todo o apoio financeiro que davam à OMS – isso ocorreu em pleno contexto de pandemia do coronavírus (STAT NEWS, 2020), em julho de

⁷² Membros associados são territórios não responsáveis pela conduta de suas relações internacionais. Atualmente, a OMS possui dois membros associados, são eles Porto Rico e Toquelau.

2020. Sua motivação teria sido a suposta aproximação da agência com a China. Uma postura política frequentemente adotada pelos EUA. A consequência do não pagamento de RBFs pelos estadunidenses seria o enfraquecimento e endividamento da OMS, segundo Lee (2008). Uma vez que o país sempre foi o maior financiador da organização.

A oficialização da saída dos EUA da OMS, no entanto, requer a aprovação do legislativo daquele país. Com a eleição de Joe Biden como presidente norte-americano, em novembro de 2020, a orientação do país sobre sua participação na agência mudou. Antes mesmo de sua posse, Biden assinou uma ordem executiva que impediu a conclusão do processo de retirada dos EUA da OMS. (BBC NWES, 2020; HALTIWANGER, 2020).

De toda forma, a possibilidade de saída do país americano da OMS, desencadeada pela diplomacia de Trump, demonstra a situação de fragilidade e dependência que se encontra a agência frente aos doadores. Caso o plano – nada diplomático – de Trump fosse adiante, a organização perderia 22% das suas contribuições obrigatórias, proporção relativa ao compromisso de financiamento estadunidense para 2022-2023 (OMS, 2021).

Esses movimentos de retaliação colocados em prática a partir da década de 1980 são reflexos da consolidação da Governança da Saúde Global. Novos atores internacionais da área da saúde começam a se fortalecer – como a indústria farmacêutica e as fundações privadas. Com isso, a liderança da OMS, organização multilateral formada exclusivamente por Estados, começou a ser questionada (VILLARDI, 2018). Fica evidente que a lógica de financiamento dos RBFs acompanha o movimento dos poderes e suas ideologias inseridas no contexto de cada época.

Mesmo a realocação interna dos RBFs, requer da OMS um engajamento com delicada negociação. Esforços para realocar RBFs entre programas e regiões, e para alinhá-los com as prioridades acordadas, frequentemente enfrentam intransigências, demandando habilidades políticas da maior ordem. Todas essas questões contribuíram para um período que representou não apenas um “voto de confiança” em programas da OMS financiado pelas contribuições voluntárias; mas, também, um “voto de não confiança” relativa às atividades do RBFs, como nos casos das campanhas por medicamentos essenciais, amamentação suplementar e Saúde para Todos (LEE, 2008)

As duas últimas décadas do século XX protagonizaram transformações substanciais para a dinâmica de financiamento da OMS e para a sua relação com o mundo. Mudanças impostas pela ascensão de uma nova ideologia neoliberal impactaram a área da saúde, assim como suas instituições. O enfraquecimento da OMS levou ao congelamento e, posterior,

encolhimento dos RBFs. Enquanto isso, o EBF vem crescendo em termos absolutos e em relação ao orçamento total (LEE, 2008). Os impactos desse crescimento serão analisados adiante.

2.2 O combate ao HIV/AIDS e as transformações no financiamento internacional na saúde

A década de 1980 foi palco de um dos maiores desafios para a OMS – como representante do engajamento pela saúde no mundo: o surgimento da epidemia de HIV/AIDS. Entretanto, inicialmente, os governos e a sociedade em geral tenderam a negar as ameaças e impactos do HIV (PARKER, 2011). Além do mais, nos primeiros anos da epidemia, ainda no início da década de 1980, acreditava-se que o foco na AIDS era uma tentativa de desviar os esforços para construir a APS, conceito lançado pela Conferência de Alma Ata. Neste momento, então, o HIV e a AIDS eram vistos como não mais importantes que outras doenças, como a malária (PACKARD, 2016).

Foi somente na terceira década da epidemia que as autoridades mundiais de saúde pública, líderes comunitários e políticos se uniram para combater a AIDS (PIOT; QUINN, 2013). Anos de mobilização de ativistas – representantes das pessoas vivendo com HIV – tornaram o financiamento da luta contra a AIDS uma prioridade para organizações bilaterais e multilaterais⁷³ (PACKARD, 2016; PARKER, 2011). O combate ao HIV/AIDS, a partir de então, desencadeou importantes novas formas de financiar a saúde, atraindo níveis consideráveis de recursos da filantropia privada, principalmente da Fundação Bill e Melinda Gates (BRANDT, 2016).

Embora tardiamente (CUETO, 2015), em 1986, a OMS instaurou o Programa Global de AIDS, administrado pelo médico norte-americano Jonathan Mann. O profissional teve sucesso em atrair fundos para a iniciativa, que pulou de um orçamento de US\$ 30 milhões, em

⁷³ Ativistas e organizações da sociedade civil foram os primeiros atores sociais a exercerem pressão política significativa sobre os governos para que combatessem a epidemia de HIV/AIDS. Na década de 1990, como consequência da impressionante mobilização desses atores, durante a década anterior, uma quantidade de conquistas realmente notáveis foi alcançada. O engajamento de ativistas conseguiu romper com boa parte da negação, profundamente, enraizada dos governos e comunidades ao redor do mundo e, também, contribuiu para forçar o sistema internacional a montar uma agenda para responder à epidemia (PARKER, 2011).

1987, para um de US\$ 90 milhões, em 1990. Esse montante fez do programa o maior da história da OMS (PACKARD, 2016).

Embora positiva, as cifras, inéditas, conquistadas pelo Programa Global de AIDS acabaram provocando atritos entre Mann e o então Diretor-Geral da OMS, Hiroshi Nakajima. Este último “não concordava com a magnitude do programa nem com o montante de recursos a ele destinados e por isso [Mann] renunciou ao cargo” (CUETO, 2015, p. 67-68).

Mais tarde, em 1995, é criado o Programa Conjunto das Nações Unidas de HIV/AIDS (UNAIDS), composto pela OMS, por instituições do sistema das Nações Unidas e por organizações não-governamentais e filantrópicas. A criação da UNAIDS foi percebida como um golpe político contra Nakajima, que acreditava que o trabalho contra a AIDS deveria ser centralizado na OMS (CUETO, 2015). A agência perdeu assim seu protagonismo (conquistado por Mann) da ação. A UNAIDS representou um exemplo de novo formato institucional de iniciativas de financiamento da saúde global, as Parcerias Público-Privadas (PPP) - (BRANDT, 2016).

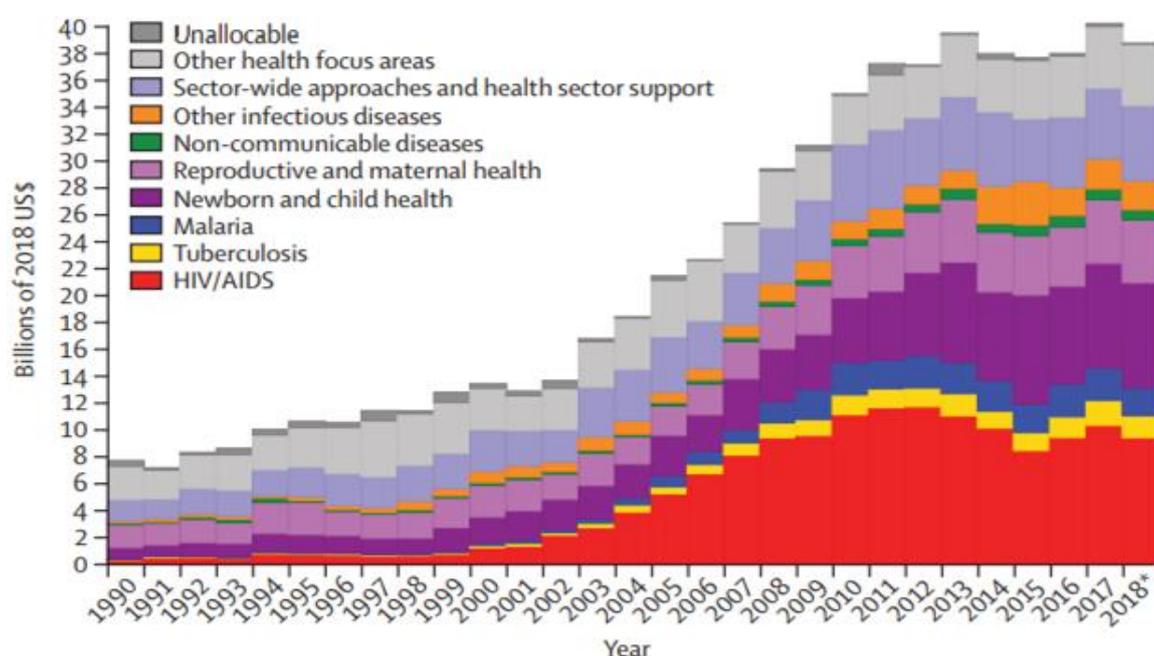
Finalmente, em 2001, a Assembleia Geral da ONU endossou uma histórica Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS, um compromisso que foi renovado em 2011. A partir de então, o mundo se mobiliza a favor do combate à epidemia AIDS. Em 2003, o Presidente George W. Bush anunciou o Plano de Emergência do Presidente para Alívio da AIDS (PEPFAR), que alocou bilhões de dólares para os países mais atingidos pelo HIV (PIOT; QUINN, 2013).

Com o desenvolvimento de novos medicamentos para AIDS, os antirretrovirais (ARVs), é impulsionada a necessidade de aumentar o investimento na saúde, levando o financiamento da Saúde Global a cifras – antes inimagináveis – superiores a 15 bilhões por ano (PIOT; QUINN, 2013). Dessa forma, novos mecanismos de financiamento de combate à AIDS são criados no mundo no formato de PPPs, como o Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária⁷⁴ (PACKARD, 2016). A partir de então, as PPPs se tornaram o modelo padrão para a alocação de recursos de iniciativas globais em saúde (BRANDT, 2016; KAMEDA, 2012).

⁷⁴ O Fundo Global é uma parceria - entre governos, sociedade civil, agências técnicas e setor privado - desenhada para acelerar o fim da AIDS, Tuberculose e Malária. Como uma organização internacional, o Fundo Global mobiliza e investe mais de US\$ 4 bilhões por ano para apoiar programas locais em mais de 100 países. Mais detalhes em: <https://www.theglobalfund.org/en>

A criação do Fundo Global, da iniciativa “3x5”⁷⁵ da UNAIDS e do Plano de Emergência do Presidente para o Alívio da AIDS⁷⁶ dos EUA (PEPFAR, na sigla inglesa), iniciou uma fase de aumento de escala dos serviços relacionados ao HIV, em especial o tratamento antirretroviral (PARKER, 2011). Esses serviços mobilizaram taxas extraordinárias de recursos, aumentando o investimento não apenas relacionado à AIDS, mas também no campo da saúde como um todo.

Gráfico 1 – Assistência ao desenvolvimento para saúde por foco em área de saúde em bilhões de dólares por ano (1990 -2018)



Legenda: De cima para baixo: inatribuível; outros focos de área em saúde; abordagens sectoriais e apoio ao sector da saúde; outras doenças infecciosas; doenças não-transmissíveis; saúde reprodutiva e materna; saúde do recém-nascido e da criança; malária; tuberculose e HIV/AIDS

Fonte: LANCET, 2019

O Gráfico 1 apresenta as quantias em bilhões de dólares destinadas para o desenvolvimento de programas relacionadas à saúde, de 1990 a 2018, dividido por áreas. De próximo a zero, no início da década de 1990, o fluxo na área de HIV (em vermelho) chega a cerca de 12 bilhões de dólares, ocupando a maior parte do foco de investimento em comparação com outras doenças transmissíveis, como tuberculose e malária; e ainda com

⁷⁵ A iniciativa 3x5 da UNAIDS visava aumentar o número de pessoas em tratamento com ARVs de 0,5 milhão para 3 milhões até 2005.

⁷⁶ O PEPFAR foi um programa plano com foco primário no acesso à terapia antirretroviral em 15 países prioritários, particularmente na África Subsaariana

outras áreas da saúde em geral. O quadro mostra também que os investimentos contra o HIV crescem juntos com os direcionados à assistência em saúde (de 8 bilhões de dólares, a área passa a contar com quase 40 bilhões de dólares, em 2017).

A intensa atuação e mobilização de recursos para o combate à AIDS definiram o campo da Saúde Global e sua arquitetura de governança. O crescimento relevante das demandas sobre a epidemia – um campo em expansão – abriu novos espaços e oportunidades para a participação ativa no desenvolvimento e implementação de mega projetos de saúde, financiados por instituições como o Banco Mundial, a Fundação Bill & Melinda Gates e diversas PPPs (PARKER, 2011). No geral, o HIV abriu portas e fomentou o interesse em investir na saúde a partir de redes globalizadas.

2.3 As contribuições voluntárias e a influência de seus doadores na atuação da OMS

A possibilidade de receber *contribuições voluntárias* é determinada pelo Artigo 57 do Capítulo XII, sobre Orçamentos e Despesas, da Constituição da OMS, de 1946. Segundo esse artigo,

A Assembleia da Saúde, ou o Conselho, agindo em nome da Assembleia da Saúde pode aceitar e administrar donativos e legados feitos à Organização, desde que as condições a que estão sujeitos tais donativos e legados sejam aceitáveis pela Assembleia da Saúde ou pelo Conselho e sejam compatíveis com os fins e a política da Organização (OMS, 1946).

Embora parecessem uma possibilidade excepcional e trivial para o orçamento geral da OMS, esses donativos e legados a ela oferecidos, na época de sua criação, tornaram-se exponencialmente cada vez mais volumosos e importantes. As duas últimas décadas do século XX foram palco da supremacia das contribuições voluntárias frente as obrigatórias.

O desequilíbrio entre os fundos orçamentários da Organização “é explicado pela recusa dos doadores privados e dos organismos bilaterais de países industrializados em destinar dinheiro para a estrutura da OMS” (CUETO, 2015, p. 89). Em 1970, as contribuições voluntárias já variavam entre 20 a 25% de seu orçamento (VENTURA, 2013). Diante desse cenário, em 1975, o Conselho Executivo da agência requisitou um grande estudo sobre o “importante crescimento do papel” que os recursos do EBFs têm e terão em suplementar o

orçamento regular da OMS (LEE, 2008). O Conselho confirma, assim, a grande relevância do EBFs (VAUGHAN, 1996), demonstrando uma perspectiva inicialmente positiva em relação às contribuições voluntárias.

Os países doadores, na década de 1980, começaram a privilegiar os investimentos em programas especiais (feitos por meio de contribuições voluntárias) em detrimento dos programas gerais da Organização (VENTURA, 2013). Essa postura permite aos doadores o estabelecimento de prioridades próprias, não necessariamente equivalentes às aprovadas pela Assembleia Mundial de Saúde e também pelos comitês de diretores próprios, “compostos essencialmente pelos países doadores” (Ibidem, 2013, p. 115).

A maioria das doações voluntárias é direcionada a iniciativas específicas. Elas são conhecidas como *earmarket* – montantes ‘carimbados’ para o uso em um único projeto ou em determinada finalidade, conforme vontade do doador, seja ele um país ou uma entidade filantrópica ou privada (BUSS et al, 2012).

Essa prática mina a autonomia da OMS (CUETO, 2015), uma vez que o conteúdo discutido e aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde não é determinante para o planejamento de alocação de recursos. Diante dessa questão, porém, o Secretariado tende a fazer “todo o possível para evitar conflitos” (BUSS & FERREIRA, 2012, p. 245) com financiadores poderosos, evitando contrariar seus interesses por temer a redução de suas contribuições.

Como admite a própria ex-Diretora-Geral da agência Margaret Chan, “o nível real de financiamento do qual dispõe a OMS e a medida na qual os critérios são condicionados ao uso em finalidades específicas, têm repercussões maiores sobre a definição de prioridades e as medidas efetivamente implementadas” (OMS apud VENTURA, 2013, p. 117-118). Por tais questões, pesquisadores como Buss et al (2012) advogam pelo compromisso dos Estados-membros com o financiamento regular da Organização, evitando conflitos de interesses advindos, por exemplo, de contribuições da indústria farmacêutica ou outras instituições privadas.

A OMS, no entanto, parece caminhar em direção contrária a essa compreensão. Em vez de angariar mais contribuições obrigatórias, a Organização produziu, em 2016, um Quadro de Engajamento de Atores Não-Estatais (do inglês *Framework for Engagement with nonState actors* – FENSA). A iniciativa legitimou ainda mais a influência corporativa sobre a OMS, permitindo especificamente que os atores filantrópicos e corporativos se candidatassem

ao *status* de "Relações Oficiais", originalmente destinado às ONGs que compartilhavam os objetivos específicos articulados na constituição da agência (BIRN; RICHTER, 2016).

2.4 As reformas da OMS e as tentativas de mudanças do seu sistema de financiamento

No biênio de 1988-1989, pela primeira vez, o fundo extra-orçamentário ultrapassou o fundo regular. Como demonstra a Figura 2 sobre a proporção do orçamento da OMS de fundo orçamentário regular para extra, no biênio de 1970-1971, o EBF correspondia a 18% do orçamento total da OMS, ou seja, cerca de 130 milhões de dólares. No entanto, o orçamento total cresceu juntamente com a proporção do EBF, chegando a 1,4 bilhão de dólares (equivalente a 57%). A partir de então, o EBF cresce cada vez mais. No biênio 2006-2007, ele representou 72% do orçamento total da agência – em cifras isso significou 3,3 bilhões de dólares.

Tabela 2 – Proporção do orçamento da OMS pelo RBF e EBF por biênio

<i>Biennium</i>	<i>Regular Budget Funds (\$ millions)</i>	<i>% RBFs</i>	<i>Extrabudgetary Funds (\$ millions)</i>	<i>% EBFs</i>	<i>Total Budget (\$ millions)</i>
1970–1971	142.4	62	42.3	18	230.3 ^a
1972–1973	180.7	59	65.1	21	306.4 ^a
1974–1975	227.7	54	122.9	29	422.5 ^a
1976–1977	285.7	52	169.1	31	548.7 ^a
1978–1979	352.4	50	245.8	35	708.6 ^a
1980–1981	427.3	47	472.5	53	899.8 ^b
1982–1983	468.9	49	487.2	51	956.1 ^b
1984–1985	520.1	52	470.0	48	990.1 ^b
1986–1987	543.3	51	520.4	49	1063.7 ^b
1988–1989	609.0	43	803.8	57	1412.8 ^b
1990–1991	653.7	41	954.8	59	1608.5 ^b
1992–1993	734.9	42	999.4	58	1734.3 ^b
1994–1995	822.1	41	1200.5	59	2022.6 ^b
1996–1997	822.1	44	1040.5	56	1862.6 ^b
1998–1999	849.6	47	930.0	53	1770.0 ^c
2000–2001	842.7	43	1097.0 ^d	57	1939.7 ^c
2002–2003	842.7	38	1380.5 ^d	62	2222.7 ^c
2004–2005	880.1	31	1944.0 ^d	69	2824.1 ^f
2006–2007	915.3	28	2398.1 ^d	72	3313.4 ^f

Notes:

- a Total expenditure excluding the International Agency for Research on Cancer and Pan American Health Organization as cited in Table A4.1 of Vaughan *et al.* 1995.
- b Proposed budget including PAHO and IARC as cited in Table A4.4 of Vaughan *et al.* (1995).
- c WHO. *Proposed Budget 2004–2005 Performance Assessment Summary*. Geneva, May 2006. http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_PRP_06.1_eng.pdf
- d Figure refers to “Other Sources” in WHO budget and financial documents at headquarters only, and exclude contributions provided voluntarily at regional and country level. Expenditure plan as cited in WHO. *Proposed Programme Budget for 2002–2003*. 54th World Health Assembly, Doc. A54/INF.DOC./8, 1 May 2001. http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54id8.pdf
- f WHO. *Notes on Revisions to the Proposed Programme Budget 2006–2007 since the 115th Session of the Executive Board*. Geneva: 2005. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/PB2006/P1-en.pdf

Legenda: Biênio por Fundos Orçamentários Regulares (em milhões); porcentagem do RBF; Fundos Orçamentários Extraordinários (em milhões); porcentagem de EBFs e Orçamento total (em milhões)
Fonte: Adaptada de LEE, 2008

Finalmente, então, começam a surgir preocupações sobre a mudança da balança dos tipos de orçamento, levando ao questionamento da função da OMS (LEE, 2008). Essas questões relacionadas ao papel da OMS e seu financiamento, assim como o contexto de pós-Guerra Fria, desencadearam uma série de processos internos de reavaliação da estrutura, agenda e financiamento da organização.

Em 1992, o Conselho Executivo da OMS cria um grupo de trabalho responsável por desenvolver recomendações para a adaptação da organização “às mudanças do mundo”. Emerge nesse momento a expressão “*reforma da OMS*” (VENTURA, 2014, p. 62). Em 1997, a agência lança o documento “Mudanças e Reforma na OMS” (OMS, 1997). Nele, é afirmado que as profundas mudanças no mundo, como o fim da Guerra Fria, a grande ênfase na

economia de mercado, as reformas democráticas e a crise da dívida em certos países resultaram em novos desafios para a OMS (OMS, 1997). O crescimento de contribuições voluntárias, realizadas nos anos anteriores, também demandou a adoção de “novas técnicas de gestão”. Sob o imperativo “*gerindo diversidade*”, a OMS foi levada a modificar sua abordagem tradicional de administrar programas e orçamentos (OMS, 1997, p. 18).

Em 1994, também levando em consideração o desequilíbrio entre os fundos orçamentários da OMS, três países doadores – Austrália, Noruega e Reino Unido – encomendaram um estudo sobre o financiamento da OMS. Diferentemente dos EUA, que expressou seu descontentamento com a organização por meio de boicotes financeiros, esse grupo não a privou de recursos, pois acreditava na agência e, por isso, estava comprometido com o fortalecimento do multilateralismo da ONU, priorizando reformas para converter a disfunção interna da organização (LEE, 2008).

Segundo Lee (2008), as conclusões do estudo são: 1) os programas da OMS possuem variadas capacidades de atrair EBFs. E isso pode distorcer e influenciar a balança entre os programas estabelecidos; 2) existe uma competição por EBFs, dado os recursos restritos, a qual mina a coesão entre os programas e seus níveis de organização; 3) existe uma variação no sistema de *accountability*⁷⁷ e transparência do uso de EBF; 4) o uso temporal limitado da natureza dos EBFs impede o planejamento de programas de longo prazo (LEE, 2008).

Em resposta às essas questões, a OMS lançou um grupo de trabalho, em 1997, para desenvolver uma abordagem estratégica para melhorar a mobilização, alocação e utilização de recursos. Essa estratégia enfatizava a importância de ser ter uma única e coerente OMS e também a necessidade de ser sensível às políticas, agendas e preferências dos doadores. Nesse sentido, a organização clamou aos doadores o empreendimento do mínimo nível de contribuições *earmarked*, para facilitar a efetividade do uso de recursos (LEE, 2008).

Contudo, a questão da reforma ganha novos rumos com o novo mandato de Gro Harlem Brundtland, eleita em 1998. A nova Diretora-Geral “buscou fortalecer as finanças da OMS por meio de programas inspirados no modelo de parcerias público-privadas (PPPs), aumentando a possibilidade de contribuição voluntária de entidades privadas” (VENTURA, 2014, p. 63). Consequentemente, a OMS recuperou sua antiga posição: de centralidade na saúde global. Isso por meio de uma enorme influência dos setores privados dessas parcerias (PPP) na governança dos problemas e no direcionamento das políticas internacionais de

⁷⁷ *Accountability* é um termo da língua inglesa que remete a prática de prestação de contas de instituições a instâncias controladoras ou à sociedade.

saúde. O resultado líquido das PPPs foi a canalização de dinheiro público para o setor privado, e não o caminho contrário (BIRN, 2009).

Após a virada para o século XXI, em pouco tempo, os fundos extraorçamentários “passaram a representar dois terços dos gastos da agência” (CUETO, 2015, p. 89). No entanto, as contribuições fixas dos Estados-membros decresceram (VENTURA & PEREZ, 2014), levando ao déficit orçamentário dos recursos regulares da OMS.

A então Diretora-Geral, Harlem Brundtland, e o seu sucessor, Lee Jong-wook, insistiram na implementação contínua de reformas para contornar a dificuldade financeira da organização. Esse esforço resultou na redução do custo administrativo e na introdução de abordagens de gestão baseada em resultados. Porém, não produziram o crescimento de recursos almejados (LEE, 2008).

Um novo ciclo de reformas dentro da OMS tem início em 2010, sob gestão da Diretora-Geral Margaret Chan, quando uma consulta sobre financiamento foi feita aos seus Estados-membros e aos seus Comitês Regionais (VENTURA, 2013). Inicialmente, essas mudanças visavam apenas proporcionar um financiamento adequado para a Organização (BUSS, 2013). Porém, a consulta “resultou em numerosas críticas à gestão financeira da entidade” (VENTURA, 2013, p. 109), transformando a reforma em uma iniciativa ampla sobre redefinição de objetivos, metodologias e planejamento (BUSS, 2013)

Segundo Ventura (2013),

“[u]ma parte dos consultados encorajou a busca de recursos junto ao setor privado, usando a ‘imagem de marca’ da organização para alargar a base de doadores. Ao mesmo tempo, a OMS deveria fazê-lo com prudência suficiente para evitar a distorção de suas prioridades e salvaguardar sua independência. Muitos participantes mostraram-se críticos em relação ao atual enfoque da *mobilização de recursos* adotado pela OMS, destacando a necessidade de evitar: solicitações múltiplas do mesmo doador, diferentes abordagens emanadas de diferentes níveis de organização, e uma cultura empresarial que faz da competição interna pela coleta de fundos um complicador na definição de prioridades da organização. Por outro lado, o Secretariado deveria elaborar documentos fáceis e breves, que explicassem quais são as prioridades insuficientemente financiadas, ressaltando que os programas de trabalho devem ser mais claros e melhor estruturados para que possam ser usadas como instrumentos de captação de fundos” (VENTURA, 2013, p.109).

Apesar da constatação dos participantes da consulta sobre a necessidade de “mobilizar recursos”, parece também preocupante a maneira de como fazê-lo. Faz-se necessário, segundo os consultados, “prudência” para manter a harmonia entre o financiamento e as prioridades da organização, assim como entre seus níveis internos e programas.

Com o produto das consultas, em 2011, Chan construiu e apresentou, durante a 64ª Assembleia Mundial de Saúde, um relatório intitulado “O futuro do financiamento para OMS” (OMS, 2011). Essa proposta seria o pilar do processo de reforma estrutural e

programática, que deveria “gerar mudanças na estrutura, governança e financiamento, e estabelecer novas prioridades políticas” (BUSS et al, 2012, p. 1483). Esperavam-se resultados concretos desse processo de reforma já no 12º Plano Geral de Trabalho da OMS (2014-2019). Mas isso não ocorreu, gerando frustrações (BUSS, 2013).

Em 2019, o atual Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunciou uma nova reforma na organização, que prevê, entre outros pontos, a transformação do seu sistema de financiamento. Ele sinalizou a pretensão de substituir a arrecadação de fundos dos programas da OMS por um departamento centralizado de captação de recursos. Essa estratégia seria parte de uma mudança na forma como se gera recursos, diversificando a base de financiamento e tornando a organização menos dependente de um grupo limitado de doadores importantes (LANCET, 2019).

Após a crise sanitária instaurada pela pandemia de COVID-19 (SARS-COV-2), a OMS ganha centralidade no debate internacional, em forma de prestígio ou crítica. Mais recentemente, em agosto de 2020, foi divulgado pela mídia internacional mais uma proposta de reforma abrangente para fortalecer a OMS e para aumentar o seu financiamento. Alemanha e França, países propositores da iniciativa, posicionaram-se criticamente em relação à atuação da organização durante a pandemia. Porém, apoiaram firmemente a agência e, inclusive, aumentaram suas contribuições e incitaram outros países a aderirem ao financiamento não ‘carimbado’ da OMS (REUTERS, 2020; HEALTH POLICY WATCH, 2020).

Atualmente, o orçamento da OMS por biênio é de US\$ 5 bilhões, o equivalente ao financiamento de um grande hospital sub-regional (REUTERS, 2020; HEALTH POLICY WATCH, 2020). Para além do decréscimo financeiro evidenciado nas seções anteriores, a agência também enfrenta constantes ataques ao seu orçamento. Em exemplo recente, o ex-presidente dos EUA, Donal Trump, durante a pandemia do novo coronavírus (SARS-COV-2), tentou retirar a contribuição do país para a organização. Essa estratégia de minar os recursos da agência é um artifício constantemente utilizado por outros doadores (STAT NEWS, 2020).

2.5 Triunfo do neoliberalismo no modelo de financiamento de programas da Saúde Global e a adesão da OMS

Como visto, a década de 1990 marca o triunfo das contribuições voluntárias da OMS como estratégia preferida entre financiadores internacionais da saúde. Também é emblemático, nessa mesma década, a consolidação do neoliberalismo como prática política e econômica na Saúde Global. Essa conexão entre neoliberalismo e saúde resultou em uma série de transformações no campo, como a supervalorização do uso de métricas quantitativas e o desenvolvimento da Economia da Saúde, abordagens para a gestão de recursos promovidas pelo Banco Mundial.

As próximas seções apresentam as inovações na Saúde Pública trazidas pelas transformações do uso de métricas no planejamento e execução de projetos em saúde. Abordam também as características dessa nova visão (em ascensão), a Economia da Saúde e a sua utilização colocada em prática no financiamento de programas internacionais de saúde em países de baixa e média renda. E ainda: será apresentado o processo de incidência do Banco Mundial na Saúde Global e suas implicações para a OMS.

2.5.1 Valorização das métricas na Saúde Global

A mudança da Saúde Internacional para a Saúde Global inclui a emergência de tendências que revelam transformações complexas nas práticas de planejamento, financiamento e auditoria. Segundo Adams (2016), em seu livro “Métricas: o que conta na Saúde Global⁷⁸”, uma das características mais importantes dessa mudança é a crescente confiança em

tipos específicos de métricas quantitativas que fazem uso de medidas estatísticas baseadas em evidências, plataformas de pesquisa experimental, e rubricas de custo-benefício para até mesmo os problemas de saúde mais difíceis e as intervenções mais promissoras⁷⁹ (ADAMS, 2016, p.1, tradução nossa)

Esses conhecimentos, porém, são distintos daqueles usados na Saúde Internacional do pós-guerra. E diferentes, também, da saúde colonial colocada em prática anteriormente. Antes de abordarmos o uso das métricas na Saúde Global, faz-se necessário voltar às práticas da Saúde Internacional antes e depois da Segunda Guerra. Primeiro: é importante considerar que existem diferenças importantes em como as eras coloniais e pós-guerra visualizavam seus

⁷⁸ O título em língua estrangeira é: “Metrics: what counts in global health”

⁷⁹ O texto em língua estrangeira é: “specific kinds of quantitative metrics that make use of evidence-based statistical measures, experimental research platforms, and cost-effectiveness rubrics for even the most intractable health problems and most promising interventions”

alcances geográficos, e em como elas se comprometiam em “contar” fatores relativos à saúde e, especialmente, à economia (ADAMS, 2016).

Os mapas e documentos coloniais de saúde focavam principalmente em doenças tropicais com tendência a propagação, como a febre amarela, dengue, tuberculose e varíola. As ciências cartográficas utilizadas para medir estas enfermidades foram elaboradas a partir da suposição de que o alcance do império iria além das fronteiras soberanas. Assim, os esforços de saúde coloniais não apenas imaginavam continuidades geográficas através dos continentes e oceanos, como, nem tampouco, através dos territórios raciais, étnicos e nacionais. Em suma, as intervenções e mapeamentos dessa época foram desenvolvidos de forma a autorizar e garantir a expansão e a estabilidade desses impérios (ADAMS, 2016).

As iniciativas de saúde no pós-guerra, por outro lado, nasceram em parte como uma crítica aos regimes coloniais. Por isso, em certa medida, elas reformularam as possibilidades de intervenção considerando o modelo recém-criado de Estado-nação pós-colonial. As formas multilaterais e bilaterais de assistência à saúde que surgiram após a Segunda Guerra continuaram a medir fatores como a propagação de doenças. No entanto, a partir de então, cada vez mais o fizeram em relação à unidade do Estado-nação (por meio dos Ministérios da Saúde, que foram incumbidos a produzir estatísticas nacionais de saúde) (ADAMS, 2016), como rege a tendência da Governança da Saúde Internacional, explorada no primeiro capítulo.

De fato, organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS) muitas vezes lutaram para forjar um caminho que transcendesse os interesses nacionais (...), mesmo quando nações recém-independentes se esforçaram para reivindicar a independência em parte através da saúde e do cuidado com a saúde (...). Assim, enquanto as instituições do pós-guerra que cresceram nas décadas após a descolonização acreditavam em uma forma transcendente de elaboração de políticas em que os organismos *internacionais* colocariam de lado seus interesses nacionais e criariam um mundo no qual uma economia florescente poderia produzir um campo de atuação uniforme, onde a distribuição da saúde mundial (e dos recursos de saúde) seria equitativa entre as nações, e onde as possibilidades de uma outra guerra mundial seriam reduzidas (...), este processo era muitas vezes repleto de clivagens políticas entre nações do Norte e do Sul, pobres e ricas, socialistas e capitalistas (...). Mesmo quando estas instituições do pós-guerra foram organizadas em torno do princípio "uma nação, um voto" (como era a OMS) (...) as preocupações nacionais permaneceram mais visíveis do que nunca e, de fato, tiveram que ser gerenciadas cuidadosamente⁸⁰ (ADAMS, 2016, p.3, tradução nossa).

⁸⁰ O texto em língua estrangeira é: “In fact, organizations like the World Health Organization (WHO) often struggled to forge a path that transcended national interests (...), even while newly independent nations strove to assert claims to independence in part through health and health care (...). So while postwar institutions that grew in the decades after decolonization believed in a transcendent form of policymaking in which *international* bodies would set aside their national interests and create a world in which a flourishing economy could produce an even playing field, where distributions of the world’s health (and health care resources) would be equitable across nations, and where the possibilities for another world war would be reduced (...), this process was often fraught with political divides between North and South, poor and wealthy, socialist and capitalist nations

Elementos de continuidade e ruptura desta transição da saúde colonial para a pós-colonial podem ser rastreados na relação em como essas instituições vislumbraram, nas referidas épocas, as relações entre saúde e economia. Os programas coloniais de saúde deram origem a práticas estatísticas que configuraram a saúde da população em relação às economias coloniais. Tanto os missionários da era colonial como as organizações humanitárias estavam, à sua maneira e medida, interessados em fazer contas, seja de números de "almas salvas" ou de "corpos de trabalho". "Contar" a saúde, neste caso, muitas vezes significava calibrar o impacto de fatores como tuberculose, malária, ancilóstomo, até mesmo infertilidade, nas indústrias extrativistas (ADAMS, 2016).

Na era pós-guerra, esforços para controlar ou erradicar doenças e distribuir recursos de saúde alteraram as prioridades entre saúde e economia. A saúde dos nativos era importante para os administradores coloniais por causa da necessidade de mão-de-obra deles nas indústrias coloniais. Mas, claro, não assumiam esse interesse. Diziam prestar assistência aos trabalhadores sob pretexto de benevolência.

Durante a era pós-colonial se supunha que a saúde era um direito próprio a ser conquistado, por meio de programas de desenvolvimento. De fato, o empobrecimento do trabalho colonial era frequentemente culpado pela saúde precária dos colonos. Mas, entretanto, muitas vezes se supunha que a saúde só seria alcançada e melhorada por meio do desenvolvimento econômico simultâneo (ADAMS, 2016).

As relações de causa e efeito entre saúde e desenvolvimento econômico – além de debates sobre qual área priorizar – foram herdadas por muitas instituições internacionais de saúde, como a Fundação Rockefeller, que almejavam realizar o que a medicina colonial não conseguiu: erradicar doenças e levar saúde aos nativos. Mas mesmo onde as relações de causa e efeito entre as metas econômicas e de saúde foram invertidas, percebe-se uma persistência marcante de pensar a saúde em termos de produtividade humana e ganhos econômicos (ADAMS, 2016).

Em suma, como as instituições mundiais de saúde do pós-guerra têm medido as coisas em relação à saúde, em parte, dá continuidade aos esforços vistos durante a era colonial. Da mesma forma, algumas das ligações entre economia e saúde configuradas sob o colonialismo

(...). Their worldwide goals, in part, resurrected those of earlier pan-state health agencies (such as those at the International Sanitary Convention in Paris in 1851 or at agencies like the Pan American Health Organization, founded in 1902) in their desires for international health equity in relation to both controlling the spread of disease and/or eradication of them (Stepan 2011). Even when these postwar institutions were organized around the principle of 'one nation, one vote' (as the WHO was), (...) national concerns remained more visible than ever and, in fact, had to be managed carefully"

foram reconstituídas no período pós-guerra, por meio das políticas que ligam o desenvolvimento da saúde ao desenvolvimento econômico – mesmo quando novas formulações de "saúde como um direito" foram aumentadas. Todos esses esforços e transições foram acompanhados por formas de contagem que se ajustam às aspirações administrativas e mundanas desses tempos (ADAMS, 2016).

A Saúde Global, diferentemente, é frequentemente vislumbrada como tendo a capacidade e intenção de transcender tanto o Estado-nação quanto a interminável discussão sobre a melhor política para promover a saúde em relação ao desenvolvimento econômico. Dessa forma, a

saúde global é assim imaginada como uma rubrica para fazer algo que não foi feito antes: imaginar a saúde de uma forma verdadeiramente global, fazer trabalho de saúde de formas que não dependam do Estado-nação e que coloque os velhos debates obsoletos sobre economia e política para descansar⁸¹ (ADAMS, 2016, p.6, tradução nossa).

Ao mesmo tempo em que doenças e problemas globais de saúde se movimentam sem levar em consideração as fronteiras nacionais. Os planejadores globais de saúde também preveem intervenções que não desconsideram tais fronteiras. Porém, vão além: consideram, ainda, as capacidades e limitações de cada Estado (ADAMS, 2016). Importante ressaltar que a descrença em articulações, tendo como referência o nível nacional, é fruto, pelo menos em parte, da crise resultante de políticas fiscais nacionais de austeridade e da crescente desconfiança em entidades nacionais. Uma vez sendo vistas como quem mais atrapalha do que promove serviços eficazes de saúde (BIRN, 2014; BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). Esses fenômenos acompanham a ascensão da ideologia neoliberal.

Na mesma medida, esses planejadores vislumbram intervenções mapeadas como problemas de escala e medição (ou especificamente como práticas de contagem) e não como problemas de costume, cultura e vontade política nacional. Isso significa o seguinte: “contar” ou “medir” as coisas de uma maneira diferente do que se fazia na Saúde Internacional. A partir de então, os discursos dominantes acreditam ser possível colocar em prática as estratégias econômicas neoliberais de modo a alcançar a saúde sem enfrentar grandes problemas. O que o permite? O uso das métricas (ADAMS, 2016).

⁸¹ O texto em língua estrangeira é: “Global health is thus imagined as a rubric for doing something that has not been done before: to imagine health in a truly global way, to do health work in ways that are not dependent upon the nation-state and, as we will see, that put the old stale debates over economics and politics to rest”.

Atores-chave na Governança da Saúde Global, como o Fundo Global, a FBMG e o Instituto para Métricas e Avaliação da Saúde⁸², preveem o uso de uma forma de conhecimento baseada em universalidades (como a ciência biológica, doenças, vacinas, etc.) de produção de dados, as “métricas”. “As métricas são tecnologias de contagem, mas especificamente as tecnologias de contagem que formam o conhecimento global⁸³”. Elas “são imaginadas para oferecer conversas uniformes e padronizadas sobre a melhor forma de intervir, como melhor conceituar a saúde e as doenças, como melhor contar e ser responsável, e como melhor pagar por tudo isso” (ADAMS, 2016, p. 6, tradução nossa).

As métricas, assim como a Saúde Global, transcendem as formas de praticar Saúde Pública. Juntas, elas se propõem a inovações que superariam, inclusive, a política.

As métricas, ao que parece, são a panaceia pela qual todos temos esperado. A métrica, de uma vez por todas, nos fará falar de evidências em invés de política. Presume-se que a métrica hoje é capaz de nos dar uma maneira neutra de valor, mas também politicamente imparcial, de falar sobre problemas de saúde e suas soluções (...). Na verdade, parece que hoje fazer saúde global significa se preocupar muito com os números. Ser capaz de contar o que estamos fazendo parece ser mais importante do que nunca, e por isso participamos de formas cada vez mais sofisticadas de auditoria, pesquisa e contabilidade que são implementadas, qui-quadradas e escalonadas⁸⁴ (ADAMS, 2016, p. 22, tradução nossa).

A partir do uso das métricas, espera-se não mais perder energia com debates políticos ultrapassados sobre como desenvolver políticas de saúde, permitindo uma sensação de neutralidade e eficácia. Para tal, é preciso estabelecer padrões cada vez mais complexos que aproximem a prática da saúde ao seu nível máximo de excelência. Assim, não se desperdiça mais dinheiro em iniciativas que, segundo os números, não entregam bons resultados. Para assim, investir somente naquelas ações que prometem funcionar.

A valorização do uso das métricas está ligada ao espaço de atuação que o setor privado vem ganhando com o encolhimento dos recursos públicos após a ascensão de políticas

⁸² O Instituto para Métricas e Avaliação em Saúde (do inglês *Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME*) é um centro independente de pesquisa em saúde populacional da Universidade de Washington. Segundo seu site, o instituto fornece medições rigorosas e comparáveis aos problemas de saúde mais importantes do mundo e avalia as estratégias usadas para resolvê-los. Para mais informações ver: <http://www.healthdata.org/>

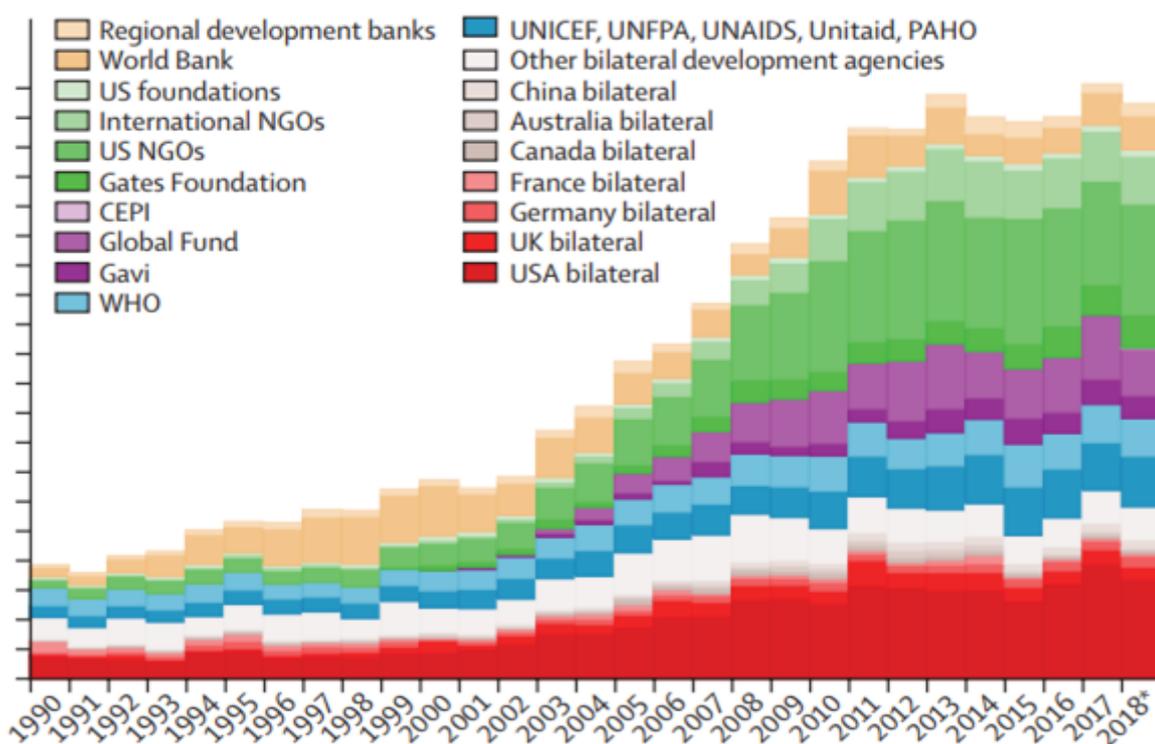
⁸³ O texto em língua estrangeira é: “Metrics are technologies of counting, but specifically technologies of counting that form global knowledge” e “are imagined to offer uniform and standardized conversations about how best to intervene, how best to conceptualize health and disease, how best to both count and be accountable, and how best to pay for it all”

⁸⁴ O texto em língua estrangeira é: “Metrics, it seems, are the panacea we’ve all been waiting for. Metrics will, once and for all, get us talking about evidence instead of politics. Metrics today are assumed to be able to give us a value-neutral, but also politically unbiased, way of talking about health problems and their solutions” e “Indeed it seemsthat today doing global health means caring an awful lot about the numbers. Being able to count what it is we are doing seems to matter more than ever before, and so we participate in ever more sophisticated forms of audit, research, and accounting that are rolled out, chi-squared, and scaled up”

neoliberais na década de 1990. Além da ascensão da atuação das fundações privadas no campo da saúde, atualmente, também é possível evidenciar um retorno à primazia de ONGs e organizações humanitárias como instituições legítimas para assistir a saúde no mundo (ADAMS, 2016).

O Gráfico 2 apresenta a proporção de assistência de desenvolvimento para saúde por canal de assistência de 1990 a 2018. É possível perceber a relevância que canais privados ganharam na Saúde Global a partir da virada do século. A Fundação Gates, ONGs dos EUA e outras ONGs internacionais, em escala de verde, do tom mais escuro para o mais claro, respectivamente, se destacam fortemente em comparação com os outros canais. PPPs como o Fundo Global e o Gavi, em tons de roxo escuro, também ganham cada vez mais relevância a partir de 2000. Em resumo, é possível confirmar o espaço que o setor privado conquistou na assistência à saúde.

Gráfico 2 – Assistência ao desenvolvimento para saúde por canal de assistência (1990-2018)



Legenda: (Da esquerda para a direita e de cima à baixo) Bancos regionais de Desenvolvimento; Banco Mundial; Fundações dos EUA; ONGs dos EUA; Fundação Gates; CEPI; Fundo Global; GAVI; OMS; UNICEF, UNFPA, UNAIDS, Unitaid e OPAS; Outras agências bilaterais de desenvolvimento; China; Austrália; Canadá; França; Alemanha; Reino Unido e EUA

Fonte: LANCET, 2019

Além de afastar questões políticas, as métricas transformam questões morais sobre a atuação e financiamento de entidades privadas (relacionadas às incongruências sobre vincular resultados em saúde a interesses do mercado) em problemas de números, contribuindo para o ganho de força desses canais privados. A Saúde Global, em suma, se tornou uma plataforma que une os interesses dos setores público e privado de forma inédita, misturando caridade e lucro e fazendo-os partilhar de uma mesma agenda (ADAMS, 2016).

Os argumentos de Adams (2016) não significam que números e métricas não podem ser úteis. Pelo contrário, muitas vezes eles são muito importantes. No entanto, temos que perceber que o uso de métricas podem atrapalhar os esforços para melhorar as condições de saúde de uma comunidade ou território, visto que possuem limitações, diferenças entre si e entre suas finalidades.

As pressões por bons resultados em números também podem implicar no apagamento de dados, condicionando o que conta e o que não conta. E ainda: o trabalho para produzir boas métricas pode prejudicar o desempenho das práticas médicas, comprometendo um bom cuidado e uma boa evidência empírica. Para evitar todos esses imprevistos, é preciso “explorar novas maneiras de falar sobre métricas que desfaçam suas reivindicações sobre certeza, padronização e verdade, e simultaneamente perseguir novos modelos que possam valer a pena buscar⁸⁵” (ADAMS, 2016, p. 227, tradução nossa).

2.5.2 Economia da Saúde e as práticas prevalentes do financiamento de iniciativas internacionais em saúde

A teoria neoliberal reivindica a garantia de liberdades a partir do favorecimento de direitos individuais e privados. Ela oferece um critério simples e direto para a direção política: assegurar as condições possíveis para o florescimento amplo do mercado e do desenvolvimento econômico. As instituições políticas, assim como o Estado, devem assegurar os direitos à propriedade privada e seus empreendimentos (GAMBLE, 2001). Tudo isso

⁸⁵ O texto em língua estrangeira é: “explore new ways of talking about metrics that undo their claims on certainty, on standardization and truth, and simultaneously pursue new models that may be worth pursuing”

implica na necessidade de instauração de políticas de contenção de gastos públicos e privatização, tanto na esfera doméstica quanto na internacional.

O progresso do neoliberalismo na década de 1980 liderou a adoção de políticas focadas na redução de gastos públicos e na busca por maior eficiência do setor público. Esses empreendimentos ganham espaço em todas as áreas da sociedade, inclusive na saúde. Entretanto, na saúde pública tradicional, não é possível encontrar a expertise necessária para formular e implementar esse tipo de política. A Economia da Saúde, então, se apropria dessa lógica neoliberal e se propõe a desenvolver uma abordagem específica para a área da saúde (LEE, 2009).

A maioria dos conceitos de Economia da Saúde foram desenvolvidos por países de alta renda. Isso ocorreu na última metade do século XX, depois que essas sociedades já haviam conquistado grandes melhorias nas condições de moradia e trabalho, e estabelecido maiores ou menores níveis variáveis de Estado e de bem-estar social (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). A origem localizada dessa abordagem permite compreender a indiferença deles (países ricos) sobre as realidades desassistidas pelo desenvolvimento social, vivenciado pelos países centrais – como é o caso de países de baixa e média renda, frequentemente destinados a receber iniciativas internacionais financiadas pela Economia da Saúde.

Dessa forma, as entidades financiadoras dessas iniciativas frequentemente impõem aos países receptores de recursos suas próprias metas e metodologias, construídas, em geral, sem a participação desses donatários. Também, os programas de ajuda internacional raramente estão alinhados com as necessidades das populações e com as políticas locais de saúde já em curso (BUSS & FERREIRA, 2012).

Por um lado, os doadores

raramente coordenam ou, pelo menos, articulam suas ações; os custos de transação e a proliferação de uma enorme burocracia internacional consomem parte substantiva da ajuda disponível, que, assim, deixa de chegar aos países. Por outro lado, os países donatários em geral não estão suficientemente preparados para organizar suas demandas de cooperação, em função da precariedade de seus sistemas de saúde e de relações exteriores, bem como da falta de coordenação entre eles e os outros parceiros públicos e privados fundamentais no processo (BUSS & FERREIRA, 2012, p. 243-244)

A assimetria entre doadores e donatários desencadeia um desequilíbrio de forças e influência durante as tomadas de decisão relacionadas ao planejamento dos projetos de ajuda internacional em saúde. “O resultado é a fragmentação e a baixa efetividade dos já escassos

recursos para a cooperação disponibilizados localmente” (BUSS & FERREIRA, 2012, p. 244).

Essas iniciativas internacionais de assistência, subsidiadas pela Economia da Saúde, são baseadas em evidências de melhorias em saúde medidas pela diminuição de índices – ou métricas – de doenças específicas focadas em intervenções de curto prazo. Segundo essa abordagem, decisões sobre alocação devem priorizar atividades que têm o maior impacto e o menor custo. Para tal, os economistas da saúde se utilizam de análises de custo e de tentativas de cálculos com o objetivo de chegar a resultados impactantes e baratos. As iniciativas financiadas por abordagens desenvolvidas pela Economia da Saúde se caracterizam basicamente pela oferta de serviços de saúde e “pílulas mágicas” (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). Ou seja, por intervenções biomédicas isoladas como distribuição de vacinas e medicamentos.

Em países onde as necessidades básicas, como saneamento e água potável, ainda não forma implementadas, essas intervenções e princípios podem não contribuir para o melhoramento substancial da saúde de sua população. Certas intervenções podem ser uma maneira eficiente de melhorar indicadores seletivos de saúde, assim como podem aumentar a equidade se direcionadas para populações com piores indicadores de saúde. Entretanto, como já salientado, em muitos países de baixa e média renda, as análises de custo frequentemente lidam com respostas de curto prazo para largos problemas. Sendo assim, essas iniciativas acabam por funcionar como um “*band-aid*” para o controle de doenças, pois não abordam as condições subjacentes que promovem a enfermidade (Ibidem).

Nesse contexto, intervenções direcionadas a doenças específicas podem não prover os resultados desejados, particularmente quando outras questões que afetam a saúde não são abordadas, como desigualdade e pobreza. Ademais, os países de baixa e média renda ainda compartilham questões mais complexas do que normalmente é retratado, desde a necessidade de amplo investimento social até os efeitos danosos da corrupção na saúde. Levando em consideração as críticas feitas às intervenções da Economia da Saúde, economistas progressistas não ortodoxos propõem uma abordagem de saúde e de justiça social focada na equidade. Eles diferenciam melhoramento da saúde, índice utilizado pelos economistas neoliberais, de uma interpretação compreensiva de ganhos em saúde a longo prazo (Ibidem).

Essa abordagem progressista leva em consideração o investimento no fortalecimento dos sistemas de saúde, garantindo a sua liderança sustentável na gestão nacional da saúde (BUSS & FERREIRA, 2012). E ainda: incorpora os determinantes sociais da saúde, como a oferta de água potável. Esse investimento pode inicialmente parecer custoso. Mas, no final,

sua vida longa – de até uma geração – em termos de serviços e sua ampla utilidade para as pessoas compensa todo custo, tempo e trabalho. Abordagens críticas enfatizam que equidade não exclui eficiência. Aliás, equidade e eficiência podem ser mutuamente conquistadas (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016).

Adams et al (2019) propõem uma releitura da saúde global por meio das lentes da medicina como uma forma de problematizar e reverter os impactos da atual dinâmica imposta pela Economia da Saúde. Segundo os autores, a medicina social propicia o levantamento de questões relativas ao valor da vida desassociada das ideias naturalizadas de “economia”, questionando a definição de “benefício social” (ADAMS et al, 2019) envolvida nos cálculos dos custos.

Desvendar o que se entende por 'bem social' oferece diferentes maneiras de rastrear benefícios, gerando percepções que nos ajudam a entender como e por que os programas de saúde global (mesmo aqueles com consciência de 'determinantes sociais') muitas vezes falham em atingir as metas de saúde mesmo quando são considerados sucessos (...). Recusar-se a tomar o social como um atributo autônomo, mas maleável em relação à geração de estatísticas de saúde (mostrando, por exemplo, que algo é custo-efetivo ou não) abre espaço para pensar de que outra forma poderíamos medir os resultados, de que outra forma podemos falar sobre o bem fiscal e como pensamos sobre o valor em relação à saúde⁸⁶ (ADAMS et al, 2019, p. 1389, tradução nossa).

Esse empenho contribui para compreender a profundidade política das tomadas de decisão previstas por uma análise de custo, tendo em vista o caráter não neutro das escolhas sobre evidência ou valor. Mesmo as análises econômicas de políticas de saúde mais elaboradas tecnicamente não são neutras. Elas são, sim, fruto de julgamentos e decisões (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). É importante considerar questões relativas ao acesso das tecnologias de saúde que compõem os serviços e produtos – fruto de políticas internacionais financiadas pela *Saúde Global* (como medicamentos, vacinas e diagnósticos) – a serem distribuídos pelos sistemas nacionais ou programas internacionais de saúde.

Embora a saúde seja uma das áreas de maior investimento estatal, seu desenvolvimento passa pela atuação da indústria transnacional privada (GADELHA et al, 2003). Dentro de um cenário de monopólio, possibilitado por um sistema regulatório de propriedade intelectual, essas empresas praticam preços abusivos, que ocupam parte

⁸⁶ O texto em língua estrangeira é “Here unpacking what is meant by ‘social good’ offers different ways of tracking benefit, generating insights that help us understand how and why global health programmes (even those with ‘social determinants’ awareness) often fail to achieve health targets even when they are considered successes (...). Refusing to take the social as an attribute that is free-standing and yet pliable in relation to the generation of health statistics (showing, for instance, that something is cost-effective or not) opens up the space for thinking about how else we might measure outcomes, how else we might talk about fiscal good, and how we think about value in relation to health”

substancial do financiamento dos serviços de saúde (VILLARDI, 2018). Questionar essa dinâmica é essencial para garantir o investimento justo no direito à saúde proposto pela saúde global.

2.5.3 A influência do Banco Mundial no modelo de financiamento de programas da OMS

Seguindo a lógica de expansão da ideologia neoliberal determinada pelo Consenso de Washington, algumas importantes instituições passam a dar maior atenção para o setor social, como a saúde. Nesse sentido, o Banco Mundial, uma das maiores agências financiadoras do mundo, é um ator essencial para compreender a transformação no financiamento da Saúde Global e da OMS.

Antes da saúde, o Banco Mundial esteve preocupado com o controle populacional, investindo em programas de planejamento familiar (PACKARD, 2016) e apoiando fortemente o desenvolvimento da Demografia como disciplina científica (apoio a Congressos, Associações, publicações, etc.). Essa foi a tendência, durante os anos 1960, das agências internacionais de saúde, incluindo a OMS. Preocupadas com o impacto do crescimento populacional, elas implementam programas de controle de natalidade (CUETO, 2015). Nas décadas seguintes, o Banco se dedicou a financiar projetos de infraestrutura nos países em desenvolvimento. Finalmente na década de 1990, a instituição elege a OMS como a instituição líder no desenvolvimento em saúde (LEE, 2008).

Gráfico 3 – Empréstimos em saúde do Banco Mundial versus orçamento da OMS em bilhões de dólares por ano (1984 -1996)

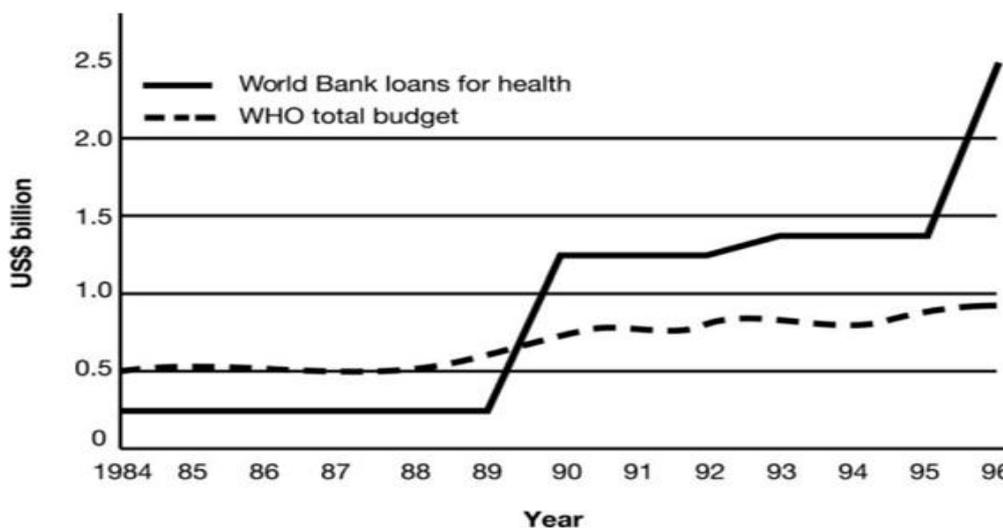


Figure 5.1 World Bank health lending versus WHO budget, 1984–1996.
Source: Kent Buse and Catherine Gwin, “World Health: The World Bank and Global Cooperation in Health: the Case of Bangladesh,” *Lancet* 351(9103): 665–69 (28 February 1998).

Fonte: LEE, 2008

A atenção do Banco Mundial para a área da saúde pode apresentar grandes vantagens, como seu orçamento e sua “capacidade de mobilizar grandes somas de recursos financeiros, que nessa época ultrapassavam o orçamento total da OMS” (CUETO, 2015, p. 70). O Gráfico 2 compara os empréstimos (voltados para a saúde) do Banco Mundial com o orçamento da OMS, de 1984 a 1996. O desenho apresenta a entrada da instituição bancária na área da saúde, a partir de 1990, e demonstra a sua relevância financeira, ultrapassando definitivamente o orçamento da OMS. Esse movimento de cifras bilionárias é seguido de impactos importantes para a política internacional de saúde.

Em 1993, o Banco Mundial lançou seu primeiro relatório direcionado à área da saúde, chamado “Investindo na Saúde” (original em inglês, *Investing in Health*). O movimento de inclinação às intervenções na saúde por parte do Banco parte de uma nova compreensão de economistas sobre os impactos da saúde no desenvolvimento mundial. Desse modo, o relatório “justificava os programas sanitários como uma contribuição ao crescimento econômico uma vez que, segundo o relatório, as perdas econômicas ocasionadas por doenças seriam dramáticas” (CUETO, 2015, p.79).

Essa concepção economicista da importância da saúde é distinta da compreensão da OMS sobre o direito à saúde. Na realidade, “o direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco”.

Para ele,

a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo; a

intervenção do Estado deveria ocorrer apenas para regular a oferta e garantir ‘mínimos essenciais’, organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 264).

Para Packard (2016), no entanto, o relatório de 1993 possui alguns avanços ao reconhecer determinantes sociais e clamar por investimento em programas que visam reduzir a pobreza e aumentar a educação como formas de melhorar a saúde. Porém, para Rizzotto e Campos (2016), essa é uma prática do Banco, que atualiza o ideário liberal por meio da incorporação de conceitos do campo progressista. Ao fazê-lo, a instituição modifica esses conceitos semanticamente e reduz projetos sanitaristas históricos ao campo liberal (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Não diferente, o Banco Mundial busca alcançar a melhoria da saúde a partir de estratégias de privatização.

O documento argumenta que, em países de baixa e média renda, o setor privado de saúde é frequentemente mais eficiente que o setor público e oferece um serviço de maior qualidade (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). Para tanto, ele propõe a promoção de serviços prestados pelo setor privado e por Organizações Não Governamentais (ONGs), clamando por competição na oferta dos serviços de saúde (PACKARD, 2016). O relatório coopta uma posição de justiça social, argumentando que o maior problema do financiamento governamental da saúde é o subsídio da riqueza daqueles que poderiam pagar pelos seus próprios serviços. A desigualdade seria então consequência dos poucos recursos deixados para os pobres. Na realidade, porém, serviços universais de saúde financiados pelo setor público oferecem mais equidade que o financiamento público-privado porque permitem a distribuição de recursos (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016).

O relatório recomenda que os países de baixa e média renda adotem uma “cesta” de intervenções custo-efetivas – avaliadas em 12 e 21,50 dólares per capita por ano – como prioridade para a saúde pública. Essa cesta básica cobriria os seguintes itens: imunização, saúde infantil, planejamento familiar, pré-natal, tratamento para tuberculose, controle de infecções sexualmente transmissíveis e prevenção ao HIV. Fora desse pacote mínimo estaria o tratamento para diabetes, saúde mental e outras condições crônicas, serviços de saúde de emergência para adultos, além de medidas amplas de saúde pública, como a melhoria de moradias e saneamento (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016).

Diante dessas recomendações, é possível perceber o apoio a grandes investimentos em serviço público de saúde para a atenção primária, como a imunização. Mas para colocar esse investimento em prática o relatório propõe a realocação de recursos da saúde terciária para a primária (PACKARD, 2016), deixando a primeira desassistida. Além disso, é importante

salientar que o relatório advoga pela atenção primária seletiva (PACKARD, 2016), estratégia inversa à proposta de serviços de saúde defendida na Conferência de Alma-Ata, em 1978.

Quanto ao financiamento internacional, o relatório foi muito enaltecido (CUETO, 2015) pelo seu forte apelo ao aumento de doações para a saúde, se tornando um documento de referência na história do financiamento da saúde global (PACKARD, 2016).

Os apontamentos previstos no *Investing in Health* serviram de base para fixar condições de financiamento futuros do Banco, como a opção por abordagens seletivas, que davam pela preferência pelo fortalecimento de ONGs e do setor privado, por meio da prática de *accountability* e de saúde pública baseada em evidência (PACKARD, 2016).

Contudo, o lançamento do relatório não foi recebido de forma consensual, com entusiasmo ou passividade. Ativistas, defensores da saúde e muitos gestores denunciaram suas prescrições. Dentre as críticas está a “confiança exagerada na benevolência dos ricos e à incerteza em relação à eficiência da nova metodologia – considerada rígida e não adaptável a diferentes contextos” (CUETO, 2015, p. 79). Essa narrativa, que define saúde como responsabilidade privada e serviços de saúde como um bem privado, falha em reconhecer a importância de políticas para sistemas de saúde e desvincula a responsabilidade de governos em proteger a saúde como um direito humano (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016).

As reformas de privatização recomendadas fizeram pouco para fortalecer os serviços de saúde de países de baixa e média renda, contribuindo, inclusive, com o crescimento das iniquidades do sistema de saúde. Apesar das evidências de que a privatização desses serviços reduziu o seu acesso, principalmente para os mais pobres, o Banco Mundial continuou incentivando-a por meio de suas políticas de financiamento e publicações afins (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016).

Para muitos, o relatório foi a sentença de morte para os valores básicos sustentados pela saúde pública, como a equidade e justiça social, então defendidas pela OMS (LEE, 2008). Com o tempo, o Banco foi estabelecendo e consolidando parcerias com diversas organizações (como a OMS). As tensões entre esses “parceiros” eram frequentes devido às abordagens distintas de cada parte, que não coincidiam inicialmente (PACKARD, 2016).

A tensão entre o Banco e a OMS cessaram com a eleição da Diretora-Geral Gro Harlem Brundtland, apoiadora do economicismo. A partir de então, Brundtland buscou aprimorar a economia baseada em evidência do trabalho da organização, usando-a para definir prioridades. Ela apontou Richard Feachem, então diretor do setor de População, Saúde e Nutrição do Banco Mundial, para a posição de editor do *Bulletin of the World Health*

Organization. Conforme Lee (2009), a OMS administrada pela então Diretora-Geral, Brundtland, pode ser considerada como uma “filial” de Havard e do Banco Mundial (LEE, 2009, p. 113), referindo-se ao seu vínculo e seu compartilhamento de ideias e de funcionários dessas duas instituições.

A nova unidade da OMS colocou em prática uma avaliação de performance dos sistemas de saúde nacionais, ranqueando os países em uma tabela baseada em gastos e resultados em saúde. Foram ranqueados os sistemas de saúde de 191 países a partir da expectativa de vida saudável⁸⁷ (do inglês *healthy life expectancy* - HALE) de cada um. Os resultados foram publicados no Relatório Mundial da Saúde de 2000, intitulado “*Sistemas de saúde: melhorando a performance*”. Esse documento marca uma mudança radical em termos de abordagem em comparação ao (anterior) Relatório Mundial de Saúde de 1995, “*Preenchendo a lacuna*”, o qual identifica a pobreza como a principal causa de adoecimento (LEE, 2008).

Segundo Navarro,

A máxima expressão da revolução ideológica tendo lugar na OMS é evidente no relatório de 2000 “Sistemas de saúde: melhorando a performance” (...). O relatório estabelece a narrativa neoliberal como a política oficial da OMS⁸⁸ (NAVARRO apud LEE, 2008, p. 113-114, tradução nossa).

Na esteira dessa revolução ideológica apontada por Navarro (apud LEE, 2009), a OMS instaura, em 2000, a Comissão de Macroeconomia e Saúde, presidida pelo economista de Havard, Jeffrey Sachs. Segundo Lee (2009), Brundtland criou a Comissão com o objetivo de prover evidências para contribuir com o crescimento da saúde como pauta na agenda política das lideranças mundiais.

O relatório da Comissão “Macroeconomia e Saúde: Investindo em Saúde pelo Desenvolvimento Econômico” propõe que doadores parceiros de países de baixa e média renda invistam em saúde como uma forma de aumentar o desenvolvimento da economia global. O título do documento ecoa: “Investindo em Saúde”. O Banco Mundial clama assim pelo investimento em saúde como um caminho para potencializar o desenvolvimento econômico mundial. Dessa forma, abre-se também as portas para o aumento dos lucros do setor privado de saúde (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). Essa perspectiva destoa de

⁸⁷ Expectativa de vida saudável é um número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver em "plena saúde", levando em conta os anos vividos sem uma saúde plena devido a doenças e/ou lesões.

⁸⁸ O texto em língua estrangeira é “The maximum expression of the ideological revolution taking place at the WHO is evident in the 2000 report Health Systems: Improving Performance, prepared under the direction of WHO official Julio Frenk and WHO consultant Christopher Murray. From international to global health. This report established the neoliberal narrative as official WHO policy”.

abordagens tradicionais de saúde pública que argumentam a favor do investimento em saúde justificado pelo direito fundamental de todos ao “bem-estar físico, mental e social”, como previsto na Constituição da OMS (OMS, 1948).

O relatório justifica sua abordagem nos seguintes apontamentos: a) países com baixa taxa de mortalidade infantil experienciam maiores crescimentos econômicos; b) saúde melhorada resulta em maior renda per capita; c) países com alta expectativa de vida investem mais em educação e tem maiores índices de poupança pessoal; d) gastos pessoais em saúde são desproporcionalmente arcados pelos grupos economicamente marginalizados, resultando em empobrecimento. A constatação da comissão é de que as perdas econômicas associadas a doenças – má saúde – levam à redução do mercado, da produtividade do trabalho, longevidade e bem psicológico. Investir na saúde, então, significaria monetariamente aumentar a renda dos países pobres. Esse investimento aponta, mais especificamente, para intervenções direcionadas de custo-efetividade financiada por doadores combinadas com um sistema de saúde custeado pelos países pobres (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). É possível perceber as mesmas considerações sobre desenvolvimento e saúde foram realizadas, há alguns anos, pelo Banco Mundial.

Autores apontam que a comissão não fala muito sobre questões além da oferta de serviços, como mercado global, regimes financeiros, organização do processo de produção, distribuição de riqueza. Tudo isso está ausente, apesar do tema ser macroeconomia. Ao invés disso, a comissão da OMS foca nas mesmas reformas apontadas pelo relatório do Banco Mundial, de 1993 (BIRN, PILLAY, HOLTZ, 2016). Dessa forma, o modelo de financiamento instaurado pelas propostas do Banco Mundial, ainda na década de 1990 – para além da influência sobre a OMS – se tornou o mantra do financiamento da Saúde Global (PACKARD, 2016).

Ademais, o modus operandi das intervenções do Banco, como o uso da relação custo-efetividade, se alia ao conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS). Ideia que tem sido adotada por diversas instituições internacionais, entre elas, a OMS e próprio Banco Mundial.

A CUS é uma proposta da ONU, expressa na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015, que dá sequência aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Ela faz referência à garantia de uma cesta limitada de serviços de saúde, que pode ser ofertada pelo mercado e comprada pelos Estados. Essa proposta é absolutamente diferente de sistemas universais, como o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em que os serviços obedecem a princípios de igualdade, equidade, integralidade e participação social, além de ser público e gratuito

(RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Entretanto, essa ideia vem ganhando espaço na Saúde Global. Na OMS, por exemplo, é objeto de trabalho e financiamento.

3 ETNOGRAFIA DOS RELATÓRIOS PROGRAMÁTICOS E FINANCEIROS DA OMS

Nas últimas décadas, tem-se enfatizado a necessidade de ir além do âmbito informativo e instrumental de um documento escrito. O uso acrítico de fontes documentais tem sido sinalizado como um problema desde a metade do século XX. Hoje, cada vez mais, esse alerta ganhou ressonância entre antropólogos e cientistas sociais, permitindo a reabilitação de documentos como artefatos etnográficos. A etnografia de documento, então, empreende a análise da produção de conhecimento, relações, efeitos e respostas afetivas a esses artefatos, assim como suas propriedades materiais, estéticas, formais e sua vida social (ou processos técnicos sociais) (LOWENKRON; FERREIRA, 2014).

“Documentos formam um corpo vivo, que se altera e que perfaz novos mundos a cada leitura” (VIANNA, 2014, p. 45). Por isso, estenografá-los requer que a pesquisadora ou pesquisador estabeleça um diálogo, considerando sua agência, com pessoas que geralmente não são imediatamente identificadas como parte da pesquisa, como aqueles que produziram os documentos e as pessoas documentadas, assim como os recursos materiais de suporte gráfico, sonoro e audiovisual envolvidos. Faz-se necessário considerar o papel de mediação dos documentos, sua relação entre o que produz e o conteúdo produzido (LOWENKRON; FERREIRA, 2014).

A maneira mais clássica de lidar com documentos é precisamente olhando através deles, e não tanto neles. Assim, é possível produzir narrativas sobre cenas, discursos e eventos que não foram diretamente observados por quem está etnografando. Ou seja, o que não foi registrado no campo em primeira mão, mas que aparece previamente documentado por outros (LOWENKRON; FERREIRA, 2014). Na prática, isso significa uma série de ações durante a pesquisa, entre elas: identificar as lacunas e silêncios os quais os documentos condenam leitores; identificar os documentos como construtores da realidade, por aquilo que produzem e por aquilo que conscientemente sedimentam; levar a sério aqueles que os produziram, assim como o seu lugar na hierarquia entre outros documentos (VIANNA, 2014).

Também é importante considerar a sua relação com o seu público alvo por meio da sua disponibilidade (como acessá-los e em quais línguas), termos e abordagens escolhidos e tipos de linguagem (grau de formalidade, uso de imagens, gráficos etc). Finalmente, reconhecer a distância entre o documento e outras fontes – como por exemplo o que é falado ou o que é ambicionado – colabora com a análise etnográfica (VIANNA, 2014). Essas estratégias permitem compreender os modos de agências que dão forma e materialidade aos documentos

e os efeitos dos processos administrativos e destinos burocráticos (LOWENKRON; FERREIRA, 2014). Guiado por essa compreensão sobre a relevância da análise etnográfica de documento, esse capítulo percorre programáticos e financeiros da OMS, com foco no período entre 2014 e 2019, anos de vigência do 12º Programa Geral de Trabalho da agência.

3. 1 O 12º Programa Geral de Trabalho: Não Meramente a Ausência de Doenças

O 12º Programa Geral de Trabalho é o documento que sintetiza as ambições da OMS para o período de 2014 a 2019. Em 6 capítulos, ele reflete comentários detalhados feitos em sucessivos rascunhos, produtos de um processo que começou com discussões entre Estados-membros em fevereiro de 2012. Um esboço do programa foi apresentado à 65ª Assembleia Mundial de Saúde e seguiu sendo negociado em fóruns de governança da OMS, como os comitês regionais, comitê de programa, orçamento e administração e a 132ª sessão do Conselho Executivo (OMS, 2014). Finalmente, em maio de 2013, o Programa Geral foi adotado pela 66ª Assembleia Mundial de Saúde, e está disponível para download no site da organização, em inglês.

Diferentemente dos anteriores Programas Gerais de Trabalho, o 12º Programa Geral apresenta uma diagramação mais elaborada, com imagens e cores, e um título específico que pode ser traduzido para ‘Não meramente a ausência de doença⁸⁹’ - como uma referência à amplitude do conceito de direito à saúde estipulado pela Carta da OMS.

A primeira página do documento, ou capa, apresenta uma mandala colorida com seis divisões, cada qual com referências de texto e figuras das “Prioridades de Liderança da OMS”, assim especificadas: Cobertura Universal de Saúde; Regulamento Sanitário Internacional (2005); Aumentar o acesso a produtos médicos; Determinantes sociais, econômicos e ambientais; Doenças não transmissíveis, incluindo deficiências, saúde mental e lesões; e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde. Nas laterais da capa, assim como nas páginas do documento, há imagens de pessoas de diferentes idades, gêneros, raças e regiões.

O documento começa com as Palavras Iniciais da então Diretora-Geral da Organização Margaret Chan. Ela fala de um contexto de transformação rápida a qual a OMS

⁸⁹ O texto em língua estrangeira é: ‘Not merely the absence of disease’

está inserida (OMS, 2014). Essa conjuntura será descrita mais adiante no próprio documento, que aborda as transformações provocadas nos anos seguintes à crise econômica de 2008, que impactou economias no mundo todo. Após anos de crescimento econômico global estável, o mundo volta a enfrentar dificuldades em áreas que inclui o setor saúde.

Segundo a Diretora-Geral, em muitos países, as expectativas de cuidados em saúde estão crescendo. Na mesma medida que os custos do setor aumentam, os orçamentos encolhem. Em contrapartida às dificuldades econômicas desse contexto, ela frisa a boa vontade de governos e da comunidade internacional em investir em saúde, chamando atenção para o lugar de destaque que o setor ganhou na “agenda de desenvolvimento⁹⁰” (OMS, 2014, p.4, tradução nossa). Ainda segundo Chan, os “resultados demonstram que investimento em saúde funciona⁹¹” (OMS, 2014, p.4, tradução nossa).

Ainda no documento, a Diretora-Geral recorre a mais expressões de um “vocabulário de desenvolvimento”, como “[t]ransparência, *accountability* e monitoramento independente⁹²” (OMS, 2014, p.4, tradução nossa). Pode-se também incluir nas Palavras Iniciais da Diretora, e no resto do Programa, outras expressões bastantes recorrentes, como eficiência, impacto e resultados.

Toda essa linguagem parece concordar com a dinâmica neoliberal que ganha espaço na Saúde Global, desde o lançamento do relatório “Investir em Saúde”, na década de 1990. Como discutido anteriormente, a lógica que aponta a saúde como benéfica para o desenvolvimento econômico opera no sentido de fortalecer economias sem necessariamente garantir a complexidade do direito à saúde. Na mesma medida, a linguagem neoliberal que reivindica mais investimento em saúde por meio da apresentação de resultados, com critérios esvaziados de curto prazo, estabelece uma relação de produto com as melhorias nos índices de saúde no mundo. Conceitos como direito à saúde e saúde pública, em contrapartida, deixam de ser constantes. Esses conceitos, inclusive, estão ausentes nas Palavras Iniciais da Diretora.

Em contrapartida às transformações contextuais às quais a OMS está inserida, a Diretora-Geral sinaliza para a necessidade de uma liderança renovada da organização. Essa renovação parte da perspectiva enfatizada, segundo a Diretora, pelos Estados-Membros, sobre a legitimidade única da OMS.

⁹⁰ O texto em língua estrangeira é: “development agenda”

⁹¹ O texto em língua estrangeira é: “Results show that investment in health works”

⁹² O texto em língua estrangeira é: “development vocabular” e “Transparency, accountability and independent monitoring”

O reconhecimento da importância da OMS e a insistência da sua centralidade na Saúde Global são objetos de exposição do segundo capítulo do Programa sobre os valores, funções e “vantagem comparativa⁹³” (OMS, 2014, p. 17, tradução nossa) da agência. Podemos elencar três importantes características da OMS apresentadas a seu favor.

A primeira característica é o comprometimento com os princípios da sua constituição, presentes na Carta de fundação da agência. A saúde é um direito fundamental, requisito para a paz e segurança. Ela tem um papel-chave para a constituição da igualdade, justiça social, participação popular e solidariedade global (OMS, 2014). Ou seja, apesar do atual contexto mundial de desigualdade, mudança climática, exploração de recursos naturais, a OMS opera a partir de um norte bem estabelecido como “guardião independente⁹⁴” (OMS, 2014, p. 19, tradução nossa) a favor da saúde. Percebemos que a lógica relacionada à saúde trazida pela Constituição da OMS não é a mesma que se construiu para relacionar a agenda de saúde ao desenvolvimento econômico global. A princípio, essas premissas fundadoras seriam uma garantia que norteia as atividades da organização. Contraditoriamente, as palavras da Diretora foram em outra direção.

Segunda característica é a legitimidade. Para Margaret Chan, a combinação de uma estrutura intergovernamental e regionalizada confere à OMS uma legitimidade única. A organização, representada em 150 países, territórios e regiões, tem a capacidade de convocar e facilitar negociações como nenhum outro ator da saúde (OMS, 2014). O documento, por diversas vezes, ressalta e reforça esse caráter único de mobilização, por meio de diferentes adjetivos.

Por fim, sua terceira característica é a capacidade técnico-científica. A OMS é detentora de uma autoridade técnica, baseada em ciência e evidência com foco em saúde pública (OMS, 2014). A ênfase em seu suporte técnico a afasta de uma leitura politizada de sua atuação, evitando as críticas sobre seu trabalho. A soma dessas características demonstra, segundo o documento, as vantagens comparativas da OMS (OMS, 2014).

Reconhecida sua legitimidade (única no mundo), faz-se necessário uma mudança sistêmica para garantir a liderança e centralidade da organização dentro da Saúde Global. Essa mudança é a motivação de um processo de reforma, iniciada em 2010 (OMS, 2014). Segundo a Diretora-Geral, o Programa Geral da OMS foi formulado em concordância com essas contínuas reformas (OMS, 2014) – já apresentado no capítulo 2. Ainda conforme Margaret

⁹³ O texto em língua estrangeira é: “comparative advantage”

⁹⁴ O texto em língua estrangeira é: “independent guardian”

Chan, as reformas (citadas e defendidas em vários momentos do documento) vieram para atender às demandas de aprimoramento da agência.

Os componentes da reforma da OMS estão relacionados à reforma das suas políticas de gestão, sistemas e práticas, e ao fortalecimento do papel de governança da organização (OMS, 2014). Em relação a nova gestão, prevê-se mudanças em sua própria administração. Ou seja, nas suas relações de governança interna, como na Assembleia Mundial de Saúde, no Conselho Executivo, na Diretoria Executiva e nos comitês regionais. Em síntese, as estratégias são para definir abordagens que conduzam a uma maior disciplina – focada na definição de prioridades e construção de consensos, e na melhoria da supervisão de processos programáticos e financeiros (OMS, 2014).

Essa supervisão inclui avaliação e gestão de risco mais eficazes, que, segundo o documento, são elementos considerados primordiais para a reforma da gestão da OMS. Ainda em relação à gestão de risco, está previsto o fortalecimento de serviços de auditoria interna, que estabeleça padrões mais altos de comportamento ético da equipe, particularmente em relação a conflitos de interesse e divulgação financeira (OMS, 2014).

O fortalecimento do papel de governança da OMS, dentro da *Saúde Global*, deve se dar de forma coerente. A organização precisa exercer um papel de coordenação e direcionamento que possibilite uma variedade de diferentes atores, contribuindo de maneira mais efetiva para a saúde das pessoas. Para o alcance dessa coerência, deve-se investir na capacitação das equipes técnicas e gerenciais. Para que, assim, compreendam o papel da OMS no sistema internacional e reforcem a coordenação interna, a fim de estabelecer alinhamentos mais consistentes e convincentes em relação à saúde e governança (OMS, 2014).

Com relação aos Estados-membros, estão previstas estratégias de fortalecimento das capacidades de governança internacional em escritórios da OMS. Em síntese, a reforma visa um alinhamento do desenvolvimento de políticas, estratégias e posições sobre questões de Saúde Global. E também busca uma uniformidade na aplicação das regras relativas aos recursos humanos, finanças, procedimentos administrativos e relatórios (OMS, 2014).

As reivindicações por disciplina, consenso, coerência e maior controle da atividade da equipe demonstram a busca pela unidade da organização. Esse alinhamento interno parece ser a resposta para a retomada de uma posição de prestígio da OMS dentro da Saúde Global. Nesse sentido, as palavras Diretora-Geral reforçam esse engajamento por transformações internas. E, em resposta às demandas dos Estados-Membros, o Programa Geral se coloca como uma oportunidade de apresentar um novo conteúdo e uma nova dinâmica para os anos seguintes.

3.1.1 - Definindo a cena: percepções do Programa Geral sobre o contexto em que se insere

O primeiro capítulo do Programa Geral propõe definir a conjuntura **em** que se situa a OMS. Há infográficos coloridos que representam linhas do tempo, com uma descontinuidade no ano de 2008, quando o mundo testemunhou a mais severa crise econômica e financeira desde 1930 (OMS, 2014). Conforme a Figura 1: em 2008 o globo terrestre treme ou se sacode. Segundo análise do Programa Geral, a crise acelerou o advento de uma nova ordem caracterizada pelo crescimento das economias emergentes e em desenvolvimento. Porém, muitos países desenvolvidos lutam para manter sua frágil recuperação (OMS, 2014). A leitura do documento sobre esse momento da economia global parece apresentar uma certa desvantagem dos países desenvolvidos frente aos emergentes e em desenvolvimento.

Figura 1 – Definindo a cena



Fonte: OMS, 2014

Algumas ilustrações apresentam características dessa nova realidade (política, econômica, social e ambiental). O ano de 2014 veio acompanhado de uma sinalização para “um mundo em mudança⁹⁵”, seguido da pergunta: Para onde estamos indo? (WHO, 2014, p. 8, tradução nossa). Essas figuras, acompanhadas de pequenos textos explicativos, apresentam as características desse novo mundo. Meio ambiente sob pressão, migração, mudança

⁹⁵ O texto em língua estrangeira é: “A changing world”

demográfica, transformações tecnológicas, urbanização e gastos públicos são exemplos de fenômenos representados pelas imagens. Considerações sobre os complexos desafios de saúde, globalização, pobreza, equidade e *stakeholders* também são destacadas.

Todas essas ilustrações tentam sintetizar os desafios a serem enfrentados pela OMS – assunto das próximas páginas. Vale pontuar que, em meio às ilustrações, aparecem pela primeira a referência da saúde como um direito fundamental, em uma citação do próprio 12º Programa Geral de Trabalho, no canto da página, que diz:

Num contexto de crescente desigualdade, a competição por recursos naturais escassos e uma crise financeira que ameaça os direitos básicos aos cuidados de saúde, seria difícil encontrar uma melhor expressão da saúde como um direito fundamental, como um pré-requisito para a paz e segurança, equidade, justiça social, participação popular e solidariedade global...⁹⁶ (WHO, 2014, p. 9, tradução nossa).

As próximas páginas do capítulo descrevem o que as imagens adiantaram. Na primeira década do século XXI, o fenômeno da globalização obteve progresso e ajudou a melhorar drasticamente o padrão de vida de algumas pessoas. Com o tempo, em vez de compartilhar prosperidade, a globalização veio acentuar as desigualdades sociais e acelerar o esgotamento de recursos naturais. Conforme o documento, políticas e instituições têm falhado em garantir uma balança entre economia e questões sociais e ambientais. Consequentemente, a busca pelo crescimento econômico tem sido frequentemente vista como um fim em si mesmo (OMS, 2014).

O documento apresenta análises interessantes acerca da desigualdade no mundo e da distribuição de poder internacionalmente úteis para a nossa pesquisa. Primeiro: constata-se que a desigualdade se instala de diferentes maneiras em cada país do mundo. Cerca de 75% da pobreza absoluta do mundo está em países de média renda. Esse dado coloca em xeque o tradicional modelo de financiamento do combate à pobreza baseado em desenvolvimento. Pois muitos desses países emergentes ou em desenvolvimento se tornam menos dependentes de (ou ineleáveis para) financiamento internacional em saúde (OMS, 2014).

Apesar de não discorrer sobre as causas da concentração de pobreza em países em desenvolvimento, o documento levanta importantes questões sobre o financiamento tradicional de nações “menos pobres⁹⁷” (OMS, 2014, p.10, tradução nossa). Percebe-se uma

⁹⁶ O texto em língua estrangeira é: “In a context of growing inequity, competition for scarce natural resources and a financial crisis threatening basic entitlements to health care, it would be hard to find a better expression of health as a fundamental right, as a prerequisite for peace and security, equity, social justice, popular participation and global solidarity...”

⁹⁷ O texto em língua estrangeira é: “less poor”

inquietação acerca da concepção de desenvolvimento, uma vez que não significa ausência de pobreza e já não mais ‘serve’ de critério para deixar de financiar um país.

Em segundo lugar: o documento aponta para uma transformação do poder relativo do Estado (por um lado) e do mercado, sociedade civil e indivíduos (por outro lado). Reconhecem e valorizam, sobremaneira, a importância do setor privado para o desenvolvimento e inovação da saúde. Chegam a afirmar que sem esse setor não haveria um progresso significativo da saúde no mundo (OMS, 2014). Porém, o texto não considera a importância do setor público, individualmente ou em parceria com o setor privado. Desconsidera-se, inclusive, o importante montante de financiamento público para a realização desses mesmos desenvolvimentos e inovações apontados anteriormente.

Nesse cenário, a sociedade civil e os indivíduos, empoderados pelo desenvolvimento das tecnologias de comunicação, ganham – como nunca antes – uma importância substancial. Surgem novas maneiras de trabalhar entre múltiplos setores, requerendo significativa colaboração entre todos os *stakeholders* (OMS, 2014). Essa nova configuração da governança global de saúde e sua relação com a OMS será tema de mais exposições ao decorrer do documento.

3.1.2 - Principais desafios da OMS para o período do Programa Geral de Trabalho

Em relação aos desafios atuais, especificamente da área de saúde, o relatório apresenta cinco importantes questões. Primeira: se refere aos índices gerais de saúde no mundo. Apesar de melhores, eles não conseguiram alcançar as metas do Objetivo do Milênio. Problemas como desnutrição, mortalidade infantil e materna, infecções transmissíveis, como a malária, tuberculose e HIV; doenças tropicais negligenciadas, ausência de saneamento e água potável, e o não acesso a medicamentos, continuam assolando as populações mundiais. Somadas às tendências demográficas de envelhecimento populacional, esses são desafios que continuam na agenda da OMS (OMS, 2014).

Segunda questão: o crescimento de gastos em saúde, de US \$2,93 trilhões, em 2000, para US \$6,45 trilhões em 2010. Estes custos (em alta) seriam os “desafios de saúde mais complexos⁹⁸” (OMS, 2014, p.13, tradução nossa) para as instituições responsáveis pela saúde.

⁹⁸ O texto em língua estrangeira é: “More complex health challenges”

O crescimento das taxas de doenças não transmissíveis e ou crônicas em populações idosas, somadas ao aumento da expectativa de vida e ao custo crescente de tecnologias de saúde, ameaçam a sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (OMS, 2014).

Terceiro: a integração do sistema humanitário ao de emergência, para que ambos trabalhem juntos. Para tanto, a OMS deve se preparar para o inesperado, garantindo uma segurança sanitária mais efetiva e protegendo as pessoas de emergências internacionais de saúde. Em quarto lugar: os novos desafios na governança em saúde. Representados por novas vozes, novos atores, pelo desenvolvimento de consensos mais amplos e pela atuação de governança da saúde (e pela saúde) (OMS, 2014).

Quinta e última questão: as crescentes pressões em organizações multilaterais. Esse ponto permite reflexões interessantes sobre o financiamento da organização. Essas pressões advêm das expectativas – às vezes conflitantes – que doadores e outros atores da governança em saúde possuem em relação ao trabalho da OMS. A demanda de trabalho é relevante para todos os Estados-membros. Porém, o enfoque dos doadores é frequentemente direcionado às necessidades de países mais pobres (OMS, 2014). Como visto, as especificidades das contribuições financeiras das agências deixam os seus orçamentos à mercê das prioridades dos doadores.

Embora muitas multilaterais tenham as vantagens necessárias para a efetivação de acordos negociados, normas, padrões e outros bens públicos, as avaliações de performance dessas agências insistem nos tradicionais resultados de desenvolvimento. E ainda: ao mesmo tempo que o sistema de governança permanece insistindo em agências específicas, também há demandas por mais integração entre países, aumentando os custos das transações da coordenação (OMS, 2014). Essas questões (interessantes) demonstram certa incoerência entre as demandas das agências – sobre a forma de como financiá-las e avaliá-las.

3.1.3 - Prioridades de liderança do Programa Geral de Trabalho

O capítulo 3 do Programa Geral de Trabalho apresenta em maiores detalhes as seis prioridades da OMS, destacadas na mandala da Figura 2, que ilustra a capa do Programa Geral. Segundo o documento, as prioridades de liderança dão foco e direção para o trabalho da OMS. Mais especificamente, elas direcionam o papel da organização na governança em saúde, enfatizando sua liderança de incidência política e técnica.

Essas seis prioridades embasam o debate global, garantindo o envolvimento de países, norteando o caminho em que a organização trabalha, e interagindo seus esforços entre os vários níveis da OMS (OMS, 2014).

Figura 2 – Mandala de prioridades de liderança da OMS



Fonte: OMS, 2014

A primeira prioridade, como mostra a mandala, é o alcance da Cobertura Universal de Saúde (CUS). A CUS é a combinação de dois componentes fundamentais: acesso a serviços de saúde e proteção financeira para os problemas de saúde levam à pobreza. A cobertura, portanto, fornece um poderoso conceito unificador que orienta saúde e desenvolvimento, visando avançar em direção a equidade na saúde.

A CUS tem estado presente na agenda de desenvolvimento desde a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, conhecida como Rio + 20⁹⁹, em 2012. Essa conexão com o desenvolvimento sustentável é possível porque a CUS oferece uma forma de sustentar os ganhos e, ao mesmo tempo, proteger os investimentos feitos na área de

⁹⁹ Rio + 20 foi uma conferência realizada em junho de 2012, no Rio de Janeiro, com o objetivo de debater e renovar o compromisso político de Estados-membros da ONU e outros atores interessados com o desenvolvimento sustentável, sobretudo no que se relaciona ao uso dos recursos naturais do planeta.

saúde. E mais, o interesse universal pelos ganhos (de progressão dinâmica), previstos pela CUS, pode facilitar o estabelecimento de metas globais (OMS, 2014).

É interessante perceber que o documento apresenta a CUS como fornecedora de foco no trabalho da OMS sobre fortalecimento de sistemas de saúde (OMS, 2014). Sem citar a proposta de sistemas universais de saúde, como é no Brasil, a CUS não parece ser contrária a um sistema de saúde forte, diferentemente de apontamentos de alguns autores.

Ainda sobre sistemas de saúde: a OMS se propõe a realizar uma mudança fundamental em seus projetos fragmentados, garantindo assim que todos os blocos de construção do sistema de saúde, incluindo recursos humanos e financiamentos, façam parte de uma estratégia geral coerente (OMS, 2014). Aqui, a organização parece querer harmonizar as necessidades de todos os países, sugerindo um modelo único como resposta aos desafios de saúde. Fica então a pergunta: Em que medida o Brasil, que já possui um sistema universal de saúde, se beneficiaria da CUS?

Por fim, o texto estabelece um compromisso com a integração dos serviços de saúde, priorizando pessoas em detrimento a doenças. Melhores relações entre cuidados médicos e sociais, de longo prazo, têm efeitos significativamente mais benéficos sobre as doenças não transmissíveis, a saúde materno-infantil, a saúde das populações idosas e das pessoas com deficiência (OMS, 2014).

Todas as ambições relacionadas à CUS lembram demandas sobre o estabelecimento de sistemas universais de saúde e de propostas que ganharam força na década de 1970, como a Atenção Primária em Saúde e os determinantes sociais de saúde. No entanto, fez-se a opção de desenvolver uma nova abordagem para não recorrer às sugestões do passado. Isso parece se suceder em função de novos interesses em voga, que desaprovam os modelos antigos.

A segunda prioridade de liderança do Programa Geral são os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde. Apesar dos progressos feitos em relação a índices mundiais de saúde – como redução da mortalidade infantil e materna, e diminuição da mortalidade relacionada à infecção de HIV, tuberculose, malária, etc. –, o texto considera que muito ainda precisa ser feito. Ainda conforme o documento, é preciso sustentar as metas dos ODM para além de 2015. Visto que, inclusive, algumas conquistas de longo prazo só poderão ser totalmente avaliadas no futuro (OMS, 2014).

No momento de lançamento do Programa Geral, em 2014, já estavam em andamento debates sobre a próxima geração de metas para depois de 2015. Assim, essa prioridade estabelece a continuidade do compromisso da OMS com essa agenda de desenvolvimento da ONU. No texto, vale pontuar algumas justificativas para a redução da pobreza almejada pelas

metas dos ODM. Por exemplo: a “eliminação ou a erradicação de doenças tropicais negligenciadas” é parte dessa prioridade – considerando seu “papel como uma das principais causas de (...) perda de produtividade dentre algumas das pessoas mais desfavorecidas do mundo¹⁰⁰” (OMS, 2014, p.29, tradução nossa).

Sem entrar em mais detalhes, a organização explicita preocupação com o rendimento produtivo das pessoas em situação de vulnerabilidade. Demonstra cuidado também com a área econômica, ao sinalizar a favor das vacinas como “as ferramentas mais econômicas (...) para reduzir mortes¹⁰¹” (OMS, 2014, p.30, tradução nossa).

Por fim, o documento esclarece que a “OMS dará prioridade especial para garantir o lugar da saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015¹⁰²” (OMS, 2014, p.30, tradução nossa), pois entende que os objetivos globais são o reflexo do que o mundo entende como desenvolvimento. Esses objetivos, então, “moldam agendas políticas e influenciam as transferências de recursos¹⁰³” (OMS, 2014, p.30, tradução nossa).

A terceira prioridade expressa no documento diz respeito aos desafios relacionados às doenças não transmissíveis, saúde mental, violência e acidentes, e deficiências. Conforme Fórum Econômico Mundial¹⁰⁴, as doenças não transmissíveis, em particular, são consideradas como um dos maiores riscos globais, e que podem levar a “perdas de produção cumulativas massivas¹⁰⁵” (OMS, 2014, p.31, tradução nossa).

O impacto econômico geral é igualado pelas consequências financeiras para os sistemas de saúde. Em alguns países, o tratamento da diabetes por si só pode consumir até 15% do orçamento de cuidados em saúde. No entanto, somas na ordem de US\$ 11 bilhões que são gastos agora em intervenções custo-efetivas podem evitar que US\$ 47 trilhões de danos futuros para as economias do mundo até 2030¹⁰⁶ (WHO, 2014, p.31, tradução nossa).

O documento vai além e argumenta que, em países de baixa e média renda, “a prevalência de doenças não transmissíveis e condições de saúde mental está aumentando não

¹⁰⁰ O texto em língua estrangeira é: “elimination or eradication of selected neglected tropical diseases”

¹⁰¹ O texto em língua estrangeira é: “the most cost-effective tool at our disposal for reducing child (and increasingly adult) deaths”

¹⁰² O texto em língua estrangeira é: “WHO will give particular priority to securing the place of health in the post-2015 development agenda”

¹⁰³ O texto em língua estrangeira é: “shape political agendas and influence resource transfers”

¹⁰⁴ O Fórum Econômico Mundial é uma organização internacional para a cooperação público-privada, estabelecido em 1971. Para mais ver: <https://www.weforum.org/about/world-economic-forum>

¹⁰⁵ O texto em língua estrangeira é: “o massive cumulative output losses”

¹⁰⁶ O texto em língua estrangeira é: “The overall economic impact is matched by the financial consequences for health systems. In some countries, diabetes care alone can consume as much as 15% of the health-care budget. However, sums on the order of US\$ 11 billion that are spent now on cost-effective interventions can prevent US\$ 47 trillion worth of future damage to the world’s economies by 2030”.

apenas entre o número crescente de idosos, mas também entre os indivíduos em seus anos mais produtivos¹⁰⁷” (OMS, 2014, p.31, tradução nossa). Percebe-se, assim, a relevância dos argumentos relacionados aos ganhos econômicos de uma condição melhor de saúde para população, tanto no que diz respeito à redução de gastos dos sistemas de saúde, quanto na garantia da saúde das gerações mais produtivas da sociedade.

Portanto, a estratégia de enfrentamento para esse problema seria apostar em intervenções custo-efetivas (OMS, 2014), evitando-se assim danos futuros às economias mundiais. Um melhor controle deverá focar na prevenção, no suporte técnico para a detecção precoce de doenças, na melhoria do acesso a produtos farmacêuticos, no desenvolvimento de novos produtos e tecnologias adequadas para uso em ambientes com restrição de recursos, e na simplificação de regimes de tratamento a serem fornecidos por meio da atenção primária à saúde.

Consta no documento: “as ações tomadas agora podem fornecer evidências para mostrar como uma melhor saúde pode contribuir significativamente para a redução da pobreza e desenvolvimento econômico¹⁰⁸” (OMS, 2014, p.31, tradução nossa).

Após comentar algumas estratégias sobre saúde mental, violência e acidentes e deficiências, o texto documental faz um apelo a outros setores, como de habitação, emprego, agricultura e educação – áreas responsáveis por causas e determinantes inter-relacionados às condições não transmissíveis, que por sua vez são influenciadas por padrões de comércio, finanças, publicidade, cultura e etc. Nesse sentido, para o Programa Geral de Trabalho é necessário orquestrar uma resposta coerente por meio da ação coordenada e multissetorial em todos os níveis de atuação da OMS (OMS, 2014).

Quarta prioridade: implementação das provisões do Regulamento Sanitário Internacional (2005) – instrumento jurídico necessário para alcançar a saúde coletiva frente a emergências de saúde pública. O texto evidencia que o mundo ainda está mal preparado para responder a esse tipo de fenômeno e, ademais, continuam a existir disparidades entre países diante da sua capacidade de se preparar e de responder a tais ameaças. Assim, a OMS vai trabalhar

em favor de uma resposta mais holística na gestão do risco de emergência que integra prevenção, redução de risco de emergência, preparação, vigilância, resposta e

¹⁰⁷O texto em língua estrangeira é: “the prevalence of noncommunicable diseases and mental health conditions is increasing not just among the growing number of the elderly, but also among individuals in their most productive years”

¹⁰⁸O texto em língua estrangeira é: “actions taken now can provide evidence to show how better health can make a significant contribution to poverty reduction and economic development”

recuperação, reduzindo assim a mortalidade, morbidade e a perturbação e impacto econômico que pode resultar de epidemias, desastres naturais, conflitos, e emergências ambientais e alimentares¹⁰⁹ (WHO, 2014, p.33, tradução nossa).

E a quinta prioridade de liderança é aumentar o acesso a produtos médicos efetivos e de alta qualidade. As novas tecnologias prometem a melhoria do atendimento das necessidades em saúde no mundo. Porém, segundo o texto, “a crescente demanda pelo mais novo e pelo melhor pode contribuir com os custos disparados¹¹⁰” (OMS, 2014, p.34, tradução nossa). Esses custos podem prejudicar o acesso a esses bens, bem como comprometer a equidade na saúde pública, dado que ela depende de tecnologias médicas, medicamentos, vacinas, diagnósticos e outros procedimentos e sistemas eficazes e de qualidade.

O documento defende que preços mais acessíveis contribuem para os orçamentos de saúde em todos os lugares, especialmente em países em desenvolvimento, onde muitas pessoas ainda precisam custear despesas médicas com seu próprio bolso. Melhor eficácia e redução do desperdício também contribuem para políticas de financiamento em saúde, assim como uso de genéricos.

Além das considerações relativas aos preços e custos de novas tecnologias, diz o documento, também é fundamental o desenvolvimento de medidas para prevenir a disseminação de resistência antimicrobiana, pois isso dificulta o controle de doenças infecciosas e aumenta drasticamente os custos dos cuidados em saúde (OMS, 2014). Embora cite, em diferentes momentos, preços e custos, o texto não faz uma diferenciação entre esses dois elementos, desconsiderando fatores que fazem o preço aumentar, como direitos de propriedade intelectual, despesas com marketing, etc.

O texto descreve ainda alguns compromissos: promover pesquisa e desenvolvimento de produtos necessários para países em desenvolvimento, especialmente em áreas não supridas pelas produções existentes; implementar a Estratégia Global e o Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual; apoiar a transferência de tecnologia para locais que, de fato, viabilizem o seu acesso; e apoiar autoridades regulatórias nacionais e regionais, que visam a redução gradual da dependência global de programas de pré-qualificação, facilitando assim a sua entrada no mercado de fabricantes do mundo em desenvolvimento (OMS, 2014).

¹⁰⁹ O texto em língua estrangeira é: “in favour of a more holistic response to emergency risk management that integrates prevention, emergency risk reduction, preparedness, surveillance, response and recovery, thereby reducing mortality, morbidity and the societal disruption and economic impact that can result from epidemics, natural disasters, conflicts, and environmental and food-related emergencies”

¹¹⁰ O texto em língua estrangeira: “growing demand for the newest and the best can contribute to rocketing costs”

A última prioridade de liderança da OMS, finalmente, é a utilização dos determinantes sociais, econômicos e ambientais como meio de reduzir desigualdades de saúde entre os países. As implicações disso seriam a construção de capacidades e ferramentas para integrar essa abordagem ao Secretariado, demais Estados-membros e trabalhos técnicos. O uso dessa abordagem implica em uma melhor governança em saúde entre o crescente número de atores deste e de outros setores, impactando de forma positiva na saúde humana (OMS, 2014).

3.1.4 - Categorias de trabalho e programas de área: divisão dos temas de atuação da OMS

O capítulo 5 apresenta a estrutura de trabalho e avaliação que será organizada pela OMS no período do Programa Geral. Alguns elementos são importantes para compreender a dinâmica organizacional estabelecida na divisão dos temas de trabalho e, conseqüentemente, no direcionamento do financiamento.

Em uma reunião de Estados-Membros, em 2012, foi acordado que o trabalho da OMS seria organizado em seis categorias: cinco delas, programáticas; e apenas uma categoria cobriria todos os serviços corporativos da agência (OMS, 2014). Assim especificadas:

Quadro 1 – Categorias e programas de áreas definidos pelo Programa Geral¹¹¹

Categoria 1	Doenças transmissíveis	Reduzir a carga de doenças transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas.	Programas de área: HIV/ADS; Tuberculose; Malária; Doenças Tropicais Negligenciadas; Doenças Evitáveis por Vacina.
Categoria 2	Doenças não transmissíveis	Reduzir a carga de doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas e pulmonares, câncer, diabetes e transtornos mentais. E ainda: deficiências e lesões, por meio da promoção da saúde e redução de riscos; prevenção, tratamento e monitoramento de doenças não transmissíveis e seus	Programas de área: Doenças Não Transmissíveis; Saúde Mental e Abuso de Substâncias; Violência e Acidentes; Deficiência e Reabilitação; Nutrição.

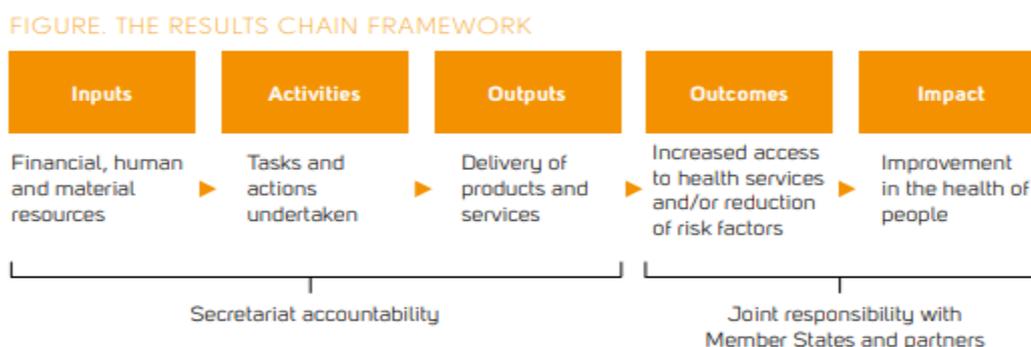
¹¹¹ Ao decorrer do período de vigência do Programa Geral, os programas de área sofrem algumas modificações, a serem demonstradas ao longo do capítulo

		fatores de risco.	
Categoria 3	Promoção da saúde por toda vida	Reduzir a morbidade e mortalidade; melhorar a saúde durante os períodos de gravidez, parto, neonatal, infância e adolescência; melhorar a saúde sexual e reprodutiva; promover um envelhecimento saudável, levando em consideração a necessidade de abordar os determinantes de saúde e metas de desenvolvimento acordadas internacionalmente	Programas de área: Saúde Reprodutiva, Materna, Recém-nascido, Infantil e Adolescente; Agência e Saúde; Gênero, Equidade e Direitos Humanos Básicos; Determinantes Sociais de Saúde; Saúde e Meio Ambiente.
Categoria 4	Sistemas de Saúde	Apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde com os seguintes focos: organização da prestação de serviços integrados; financiamento para alcançar saúde universal; fortalecimento dos recursos humanos para a saúde; sistemas de informação em saúde; facilitação da transferência de tecnologias; acesso a produtos seguros e de qualidade; promoção da pesquisa em sistemas de saúde.	Programas de área: Políticas, Estratégicas e Planos Nacionais de Saúde; Serviços de Saúde Integrados Relacionados a pessoas; Acesso a medicamentos e Tecnologias de Saúde e Fortalecimento de Capacidade Regulatória; Sistemas de Saúde, Informação e Evidência.
Categoria 5	Preparo, vigilância e resposta	Apoiar ações de vigilância e dar respostas eficazes a surtos de doenças, e emergências agudas de saúde pública; promover gestão eficaz diante de desastres humanitários, a fim de contribuir para a segurança das pessoas.	Programas de área: Capacidades de Alerta e Resposta; Doenças propensas a Epidemia e Pandemia; Risco de Emergência e Gestão de Crise; Erradicação da Poliomielite; Resposta a Surtos e Crise.
Categoria 6	Serviços corporativos /habilitando funções	Liderança organizacional e serviços corporativos necessários para manter a integridade e o funcionamento eficiente da OMS.	Programas de área: Liderança e Governança; Gestão de Transparência, <i>Accountability</i> e Risco; Planejamento Estratégico, Coordenação de Recursos e Relatoria; Gestão e Administração; Estratégica de Comunicação.

As categorias são divididas em programas de área. Eles, por sua vez, fornecem a estrutura organizacional do orçamento do Programa Geral de Trabalho. Cada categoria e cada programa terá uma expectativa de orçamento próprio, aprovado nos Programas Orçamentários Bienais, responsáveis pela determinação do orçamento para cada biênio do Programa Geral. O objetivo desse formato é manter a organização do trabalho. Desse modo será possível realizar comparações entre os três biênios (2014-2015, 2016-2017 e 2018-2019) do Programa Geral (2014-2019).

Após estabelecidas as prioridades e as categorias de trabalho, o documento apresenta a metodologia que será utilizada para avaliar a atuação da OMS nos anos do Programa Geral. De maneira sintética, utiliza-se da teoria da mudança, demonstrada pelo quadro da cadeia de resultados, ilustrado pela Figura 3.

Figura 3: Quadro de Cadeia de Resultados



Legenda: Responsabilidade do Secretariado: Inputs (Recursos financeiros, humanos e materiais); atividades (tarefas e ações realizadas); *outputs* (entrega de produtos e serviços). Responsabilidade conjunta com Estados-membro e parceiros: resultados (crescimento do acesso a serviços de saúde e ou redução de fatores de risco); impacto (melhora na saúde das pessoas)

Fonte: OMS, 2014

Nos Programas Orçamentários Bienais, cada área definiu um conjunto de *outputs*. Ou seja, compromissos de entrega de produtos e serviços durante o período em questão, como evidencia a Figura 3. O sucesso dessas entregas será medido por meio de indicadores de resultados, ou *outcomes*. Esses resultados, por sua vez, geram impactos no melhoramento da saúde da população.

No Programa Orçamentário de 2014-2015, a área HIV/AIDS, Categoria 1 (Doenças Transmissíveis) definiu como um dos seus *outputs* implementar e monitorar o setor estratégico de Saúde Global sobre HIV/AIDS por meio do diálogo político e do suporte técnico em nível global, regional e local (*output* 1.1.1). Alguns resultados importantes

(*outcomes*) desses serviços: diminuição de novas infecções pediátricas de HIV; aumento do número de pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, entre outros.

O final dessa cadeia de resultados, em termos simplificados, será a melhoria da saúde nos países assistidos. No entanto, para essa pesquisa foi mais importante observar os programas de área em relação ao seu financiamento, possibilitando avaliar o nível de arrecadação e implementação orçamentária de cada uma dessas estratégias.

O último capítulo do Programa Geral de Trabalho apresenta algumas considerações sobre recursos financeiros. O texto sinaliza para um novo modelo de financiamento. Essa nova abordagem prevê alinhar as prioridades acordadas pela OMS com os recursos disponíveis, garantindo previsibilidade e estabilidade financeira. Esse alinhamento será conquistado a partir da promoção de planejamentos mais realistas (baseados em resultados) de gestões efetivas de recursos – com transparência e *accountability* (OMS, 2014).

Para tanto, é preciso superar uma série de questões. Consciente dos problemas financeiros da OMS, o documento aponta esses problemas: desalinhamento entre o programa orçamentário e os fundos disponíveis – fruto da confiança em contribuições altamente especificadas; imprevisibilidade desse mesmo tipo de financiamento; vulnerabilidade resultante da dependência de uma base muito limitada de doadores; custo de transações e certa falta de transparência associada a certas abordagens para gestão e mobilização de recursos; limitação de recursos não especificados necessários para cobrir lacunas financeiras e responder a mudanças circunstanciais. Diante deles, o texto reconhece a necessidade de uma transformação da política e das práticas não só do Secretariado, mas também dos Estados-Membros (OMS, 2014).

Uma mudança considerada importante pelo documento é a aprovação total do orçamento do programa, pela Assembleia Mundial de Saúde. Diferentemente do hábito anterior de aprovar apenas a proporção do orçamento referente às contribuições obrigatórias (OMS, 2014). Ou seja, o planejamento orçamentário dos biênios foi realizado já contando com as contribuições voluntárias. Tendo em vista a relevância quantitativa dessas contribuições, parece ser relevante desenvolver um planejamento que as leve em consideração. No entanto, essa ação é de grande responsabilidade, visto que o vínculo voluntário dessas doações permite imprevisibilidades.

Além da inclusão das contribuições voluntárias como referência para o planejamento orçamentário e da disposição em disponibilizar informações detalhadas do financiamento de cada área na *web*, o capítulo não entra em detalhes sobre o novo modelo de financiamento da OMS.

Nas suas páginas finais, o Programa Geral de Trabalho apresenta algumas expectativas de mudança na distribuição de recursos financeiros por categoria. E o aumento deles em algumas áreas será recompensado pela diminuição de outras. Essas previsões são apresentadas na Tabela 2. Com os dados dos biênios passados do Programa Geral, será possível identificar se foi possível alcançar as expectativas financeiras para cada categoria.

Quadro 2 – Previsão de mudança na distribuição dos recursos das categorias da OMS

Categorias:	Previsão:
1	Redução dos recursos
2	Aumento dos recursos
3	Aumento modesto dos recursos
4	Aumento dos recursos
5	Manutenção de um nível estável de recursos
6	Necessidade reduzida de recursos

3.2 Programas Orçamentários Bienais e Relatórios de Resultados

O 12º Programa Geral de Trabalho foi dividido em três Programas Orçamentários Bienais (2014-2015; 2016-2017 e 2018-2019). Cada um deles apresenta as expectativas de gastos de dois anos, a partir das divisões de categorias definidas pelo Programa Geral. Ao final de cada biênio, a OMS apresenta à Assembleia Mundial de Saúde um relatório programático e financeiro comparando as expectativas de orçamento com os valores realmente gastos, as quantias doadas e as atividades e ações realizadas.

Durante o período do Programa Geral de Trabalho, a OMS elegeu um novo Diretor-Geral, em 2017, o nigeriano Tedros Adhanom Ghebreyesus, que substituiu a então Diretora-Geral, Margareth Chan. Com a nova administração, o formato do relatório pós-programas orçamentários bienais (relatórios programáticos e financeiros) muda, passando a ser chamado de relatório de resultado.

O relatório de resultado do biênio 2018-2019, por exemplo, detalha mais as atividades e avanços conquistados em saúde. Ele ainda apresenta uma diagramação mais colorida e atrativa em relação com os últimos, demonstrando certo esforço em inaugurar uma transformação em comparação ao mandato anterior de Chan.

A seguir, Programas Orçamentários Bienais e Relatórios de Resultados, conforme Tabela 3, para desenvolver um panorama do financiamento da OMS entre 2014 e 2019.

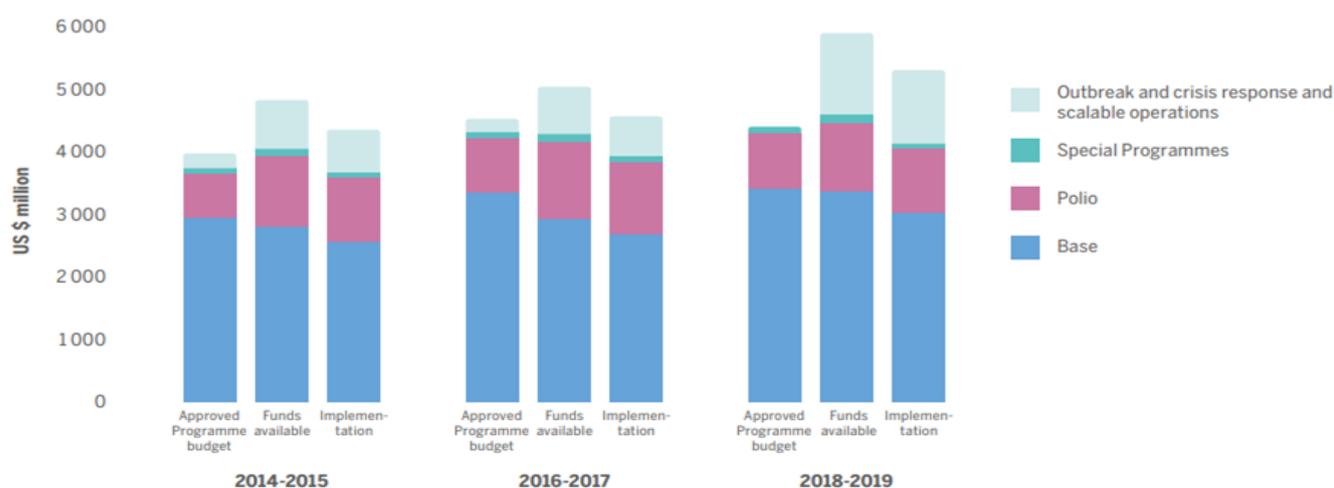
Quadro 3 – Ilustração das comparações entre documentos - antes e depois dos gastos da OMS

Documentos com expectativa de gastos	Documentos com as doações e gastos executados
Programa Orçamentário Bienal (2014-2015)	Relatório programático e financeiro (2014-2015)
Programa Orçamentário Bienal (2016-2017)	Relatório programático e financeiro (2016-2017)
Programa Orçamentário Bienal (2018-2019)	Relatório de Resultado (2018-2019)

3.2.1 - Orçamento total da OMS no período do 12º Programa Geral de Trabalho: orçamento proposto, disponível e implementado

O programa orçamentário de 2014-2015 propôs um orçamento de 3,977 bilhões de dólares – realista e coerente com as demandas, segundo o documento. Pois considerou as receitas e despesas dos últimos três biênios (OMS, 2014b). O orçamento proposto para o biênio 2016-2017 foi de 4,385 bilhões de dólares – 10,3% maior que anterior (OMS, 2015). Já para o biênio 2018-2019 foi proposto um orçamento de 4,421 bilhões de dólares (OMS, 2017) – cerca de 2% menor que o orçamento anterior.

Gráfico 4 – Orçamento Pragmático, fundo disponível e implementação de três biênios do 12º Programa Geral de Trabalho da OMS, em milhões de dólares



Legenda: Orçamento Base (categorias 1 a 6), Poliomielite, Programas Especiais e Resposta a Surto e Crises e operações escaláveis
 Fonte: OMS, 2020

Os relatórios de resultado apresentam os gastos de cada biênio em comparação ao orçamento proposto. Em 2014-2015, os fundos disponíveis¹¹² somavam U\$ 4,882 bilhões, valor maior que o aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde. Porém, o gasto total nesse biênio foi de U\$ 4,357 bilhões, sobrando então 525 milhões de dólares (OMS, 2016).

Sobre o segundo biênio do Programa: em maio de 2016, uma decisão da Assembleia de Saúde decidiu aumentar mais a proposta orçamentária, de U\$ 4,385 bilhões para U\$ 4,545 bilhões. De toda forma, em 2016-2017, os fundos disponíveis somavam U\$ 5,059 bilhões – portanto, mais que o proposto. Os gastos, porém, foram de U\$ 4,572 bilhões (OMS, 2018), deixando um saldo de 487 milhões de dólares.

O último biênio do Programa Geral, de 2018-2019, alcançou o nível mais alto de fundos disponíveis, como demonstra o Gráfico 4. Porém, o relatório de resultado não apresenta de forma clara o valor desses fundos. Apenas sinaliza que 5,3 bilhões de dólares foram gastos (WHO, 2020). Percebe-se, assim, que, durante o período analisado, a OMS tendeu a arrecadar mais que o valor estimado por sua Assembleia Mundial de Saúde. No entanto, vemos que, biênio após biênio, a agência não investe todo o valor disponível em seus fundos. Ademais, essa leitura se refere ao total orçamentário da agência. Quando analisada por categorias temáticas e programas de área, essa análise muda, como já demonstrado.

Quadro 4 – Fundo disponível, total gasto e sobras de cada biênio (em dólares)

¹¹² Fundos disponíveis são a somatória da receita registrada no biênio corrente, mais os fundos trazidos do biênio anterior menos qualquer fundo destinado ao próximo biênio (OMS, 2018, p. 5)

Biênios	Fundos disponíveis	Total gasto	Sobra
2014-2015	US\$ 4,882 bilhões	US\$ 4,357 bilhões	US\$525 milhões
2016-2017	US\$ 5,059 bilhões	US\$ 4,572 bilhões	US\$487 milhões
2018-2019	-	US\$5,3 bilhões	-

3.2.2 - Orçamentos dos programas base por categorias e programas de área

O orçamento total de cada biênio é dividido pelos orçamentos das 6 categorias do Programa Geral de Trabalho. Entram nesse orçamento alguns programas emergenciais, como o Programa de Erradicação da Poliomielite, o Programa de Resposta a Surtos e Crises, entre outros. Vale ressaltar que, no planejamento original do 12º Programa Geral de Trabalho, todos esses segmentos estavam inclusos dentro das categorias. Mas, com o passar dos anos, foram sendo separados pelo Secretariado da OMS. Durante o biênio, a Assembleia Mundial de Saúde pode aprovar modificações no orçamento. Isso ocorreu em 2016, quando aumentaram o orçamento de US\$ 3,385 bilhões para US\$ 4,545 bilhões, proporcionando mais de US\$ 160 milhões para o Programa de Emergências de Saúde da OMS (OMS, 2018). De toda forma, os relatórios de resultado apresentam os dados atualizados dos programas orçamentários.

Em relação ao orçamento aprovado dos três biênios, fica evidente que a categoria de maior orçamento é sempre a categoria 1, que trata das Doenças Transmissíveis. Ela vem seguida pelas categorias 6 e 4, respectivamente, de Serviços Corporativos e Sistemas de Saúde. No primeiro biênio, antes da epidemia de Ebola, a categoria 5 – de Preparo, Vigilância e Resposta – teve o menor financiamento. Na sequência decrescente de orçamento vieram as categorias 2 e 3, de Doenças Não-Transmissíveis e de Promoção da Saúde, respectivamente. Nos anos seguintes, a categoria 5 passou para quarta posição em quantidade de orçamento aprovado, seguida pelas categorias 3 e 2.

Interessante observar que o valor da categoria com maior expectativa de financiamento (de um biênio) chega a ser até três vezes mais que o valor da categoria com menor expectativa de financiamento, demonstrando uma disparidade nas cifras (OMS, 2014b; OMS, 2015; OMS, 2017)

Nos orçamentos dos relatórios de resultados de cada biênio aparecem dois novos valores além dos números aprovados nas Assembleias Mundiais de Saúde. São eles: o

orçamento disponível, ou seja, o valor arrecadado para cada categoria ou programa; e o orçamento executado, que é o valor gasto pela OMS durante o período em questão. Nesse caso, também chama atenção a diferença entre cada uma dessas categorias.

Nos dois primeiros biênios do Programa Geral, nenhuma categoria arrecadou o valor completo do orçamento aprovado. Durante o período 2016-2017, a arrecadação chegou a ser 28% menor que a esperada na categoria 5, o equivalente a 131 milhões de dólares. Em 2018-2019, apenas duas categorias, 1 e 4, arrecadaram um valor superior à expectativa. No entanto, ao analisar os programas de área de cada categoria, é possível perceber uma variação na relação entre arrecadação e expectativa.

A maioria dos programas de área, em todos os períodos, não alcançou o valor do seu orçamento aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020). Porém, em todas as categorias alguns programas conseguiram ultrapassar esse valor. Parece difícil encontrar um padrão de financiamento entre os programas de área, pois cada qual tem valores muito distintos e, a depender do biênio, seus valores arrecadados podem se aproximar mais ou menos do orçamento aprovado.

No primeiro biênio, 2014-2015, mais programas de área atingiram a meta de arrecadação (12 de 28) – em comparação com 2016-2017 (3 de 33) e 2018-2019 (7 de 30). Exemplos: Gestão e Administração (categoria 6), com US\$ 1,205 bilhão; Doenças Evitáveis por Vacina, com 999 milhões; Saúde Reprodutiva, Materna, Recém-nascidos, Infantil e Adolescente, com 641 milhões.

Alguns programas de área foram inseridos e depois excluídos das categorias no decorrer do período do Programa Geral. Por isso, na soma total dos biênios, eles aparecem com menor arrecadação. Porém, dentre os programas de área que estiveram presentes em todos os biênios, Deficiência e Reabilitação é o que menos arrecadou, com 43 milhões de dólares (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020).

Para além da arrecadação, existe também uma lacuna entre os fundos aprovados e disponíveis e entre os recursos que a OMS efetivamente executa. Ou seja, além de não arrecadar o esperado, a organização não implementa nem o disponível. Durante todo o período de 6 anos do Programa de Trabalho, nenhuma das suas 6 categorias gastou todo o valor disponível. No que tange aos programas de área, apenas 12 deles, durante os três biênios, gastaram quantia igual ou maior que o fundo disponível (seus gastos foram de até 46 milhões de dólares). E ainda: os gastos com a área de Planejamento Estratégico, Coordenação de Recursos e Relatoria, da categoria 6, ultrapassaram ou igualaram o orçamento aprovado (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020).

Os programas de área que mais gastam não são muito diferentes dos que mais arrecadam. Da mesma forma, os programas que menos arrecadam também são os que menos gastam (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020). O valor dos fundos disponíveis parece se aproximar mais do valor gasto, enquanto as maiores lacunas se concentram entre a expectativa de orçamento e a real implementação desses recursos. Nesse sentido é possível apreender que a OMS arrecada menos do que planeja para cada tema de atuação. Contraditoriamente, seu orçamento total cresce a cada biênio. É curioso que mesmo a agência gastando menos que arrecada, ela ainda tem um *déficit* orçamentário consequente de endividamento.

Por fim, o Quadro 5 compara as expectativas do 12º Programa Geral de Trabalho sobre os recursos financeiros da OMS, por meio da comparação entre os fundos aprovados e disponíveis para cada categoria, tanto no primeiro como no último biênio. Assim, foi possível analisar se a agência alcançou a sua previsão geral, relacionada aos seus recursos, ainda antes de implementar o Plano Geral.

Quadro 5 – Comparação entre a previsão de distribuição de recurso das categorias da OMS e o resultado ao final do Programa Geral de Trabalho

Categoria:	Previsão:	Fundo Aprovado em milhões de dólares (2014-2015)	Fundo Disponível em milhões de dólares (2018-2019)	Resultado
1	Redução dos recursos	840,8	897	Não houve redução dos recursos
2	Aumento dos recursos	317	293	Aumento dos recursos
3	Aumento modesto dos recursos	388,5	328	Não houve aumento dos recursos
4	Aumento dos recursos	531,1	617	Aumento dos recursos
5	Manutenção de um nível estável de recursos	297	455	Não houve manutenção de um nível estável de recursos

6	Necessidade reduzida de recursos	823	712	Redução do recurso, porém ainda expressivo
---	----------------------------------	-----	-----	---

Apenas duas das previsões do 12º Programa Geral de Trabalho foram alcançadas: as relacionadas à expectativa de aumento de recursos. Uma contradição exposta: as expectativas se relacionam com o aumento de arrecadação da mesma forma em que as categorias e programas de áreas não alcançam a arrecadação suficiente para atingir o orçamento aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde, biênio após biênio. E ainda, o aumento do orçamento geral da OMS também parece incoerente quando relacionado aos debates sobre falta de recursos e endividamento da agência – aqui analisados.

As próximas seções podem, no entanto, ser uma chave desvendar essas questões, visto que analisam os Programas Especiais da OMS, fora do orçamento base – representado pelas categorias de 1 a 6 e seus respectivos programas de área.

3.2.3 – Segmentos fora do orçamento base: Erradicação da Poliomielite, Resposta a Surtos e Crises e Operações Escalonáveis e demais Programas Especiais

Além das categorias temáticas, que reunidas formam o orçamento base da OMS, existem segmentos à parte com orçamento próprio. Como é o caso do setor de Erradicação da Poliomielite, que sempre teve seu orçamento separado do fundo base da organização. De toda forma, existe um vínculo temático entre esses segmentos e as categorias. São eles: Resposta a Surtos e Crises e Operações Escalonáveis (categoria 5), Programa Especial para Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais (categoria 1) e Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Capacitação em Pesquisa em Reprodução Humana (categoria 3).

Esses segmentos possuem uma movimentação financeira significativamente diferente dos outros programas de área. O programa de Erradicação da Poliomielite, em todos os biênios, arrecadou, em média, cerca de 140% do orçamento aprovado e gastou sempre além do planejado. O segmento, inclusive, arrecada mais que qualquer programa de área e qualquer categoria inteira, chegando a acumular U\$ 1,161 bilhão no biênio 2014-2015 (OMS, 2016;

OMS, 2018; OMS, 2020). Considerando as diretrizes financeiras, o combate à Poliomielite foi a maior prioridade da OMS durante o período estudado.

O orçamento do segmento Resposta a Surtos e Crises, embora menor do que o segmento sobre Poliomielite, também apresenta números impressionantes de arrecadação. Nos biênios 2014-2015 e 2016-2017, seu fundo disponível foi maior do que o orçamento aprovado – 342% e 374% maiores, respectivamente. Ainda no início do biênio 2018-2019, o segmento nem sequer tinha um orçamento previsto. Porém, ao final desse período, o programa Respostas a Surtos e Crises arrecadou U\$ 1,303 bilhão – desse total, 88% foram gastos (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020).

Os Programas Especiais (sobre Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais, e Pesquisa, Desenvolvimento e Capacitação em Reprodução Humana) passam a ter um orçamento em separado a partir do segundo biênio. Eles são cerca de 4 vezes menores que o orçamento dos outros dois segmentos. Entre esses programas, percebemos dois contrapontos: enquanto o de Reprodução Humana arrecadou e gastou mais ou igual ao planejado, o de Doenças Tropicais nunca alcançou o orçamento planejado e nem gastou o disponível, em nenhum biênio (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020).

Em relação aos segmentos, é interessante perceber que mesmo entre eles há grandes diferenças em termos de relevância financeira. De toda maneira, a Erradicação da Poliomielite foi a doença mais financiada no âmbito da OMS, superando, inclusive, a partir do segundo biênio do Programa Geral, até mesmo a categoria 1, que reúne todas as Doenças Transmissíveis.

3.3 Destrinchando os tipos de contribuições voluntárias

As contribuições voluntárias da OMS são formadas por dois tipos de renda. A primeira é chamada pela palavra em inglês *core*, que significa principal. Elas, por sua vez, são divididas em duas partes: fundos totalmente ou altamente flexíveis, registrados na Conta Principal de Contribuições Voluntárias (Core Voluntary Contributions Account - CVCA); e fundos reservados para programas de área ou escritório principal.

Os fundos reservados não são considerados altamente flexível. Porém, também não são estritamente designados para atividades ou gastos específicos. Sendo assim, eles são categorizados como outras contribuições voluntárias (*core*) e não se somam ao CVCA (OMS,

2015b). Juntamente com as contribuições obrigatórias, esses fundos podem ser chamados de financiamento flexível da OMS.

Segundo tipo de renda: tratam-se das contribuições voluntárias especificadas – ou fundos destinados, em particular, a linhas de atividade ou despesas reportáveis. Também são consideradas contribuições especificadas os fundos para Programas Especiais, os Fundos de Contingência para Emergências e o segmento sobre Resposta a Surtos e Crises (OMS, 2015b).

A OMS divulgou, durante cada ano do período de estudo, um documento chamado “Contribuições voluntárias por fundo e por contribuinte”, que detalha as contribuições voluntárias anuais, separando-as pelas categorias da Tabela 6. Ou seja, essas são as opções de contribuições voluntárias que um doador pode realizar. Esse documento, aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde no ano seguinte ao período relatado, é direto e formado principalmente por tabelas com todos os doadores da Organização, diferentemente dos relatórios de resultado, que apresentam em geral os 10 ou 20 maiores doadores, algumas vezes, sem nem apresentar as cifras doadas.

Quadro 6 – Tipos de contribuições voluntárias

Conta Principal de Contribuições Voluntárias (CVCA)
Outras contribuições voluntárias – <i>core</i>
Contribuições voluntárias – especificadas
Programas Especiais e Arranjos Colaborativos (Poliomielite)
Resposta a Surtos e Crise
Fundos de Contingência para Emergências
Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Capacitação em Reprodução Humana
Programa Especial para Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais

Comparando as quantias presentes nesses documentos, é possível perceber que houve uma pequena diminuição geral no valor das contribuições totais ou altamente flexíveis do CVCA. Por outro lado, as contribuições *core* aumentaram em cerca de 12 vezes de 2014 a 2019. Apesar da diminuição da CVCA, a soma das contribuições voluntárias flexíveis apresentou um crescimento significativo ao decorrer do Programa de Trabalho. Entretanto, o nível de flexibilidade desse fundo diminuiu (OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020b).

Também é possível evidenciar transformações nos valores das contribuições voluntárias especificadas. A partir de 2016, os documentos sobre contribuições voluntárias passam a apresentar os fundos dos segmentos Resposta a Surto e Crise, e Programas Especiais e Arranjos Colaborativos. Eles se referem unicamente a renda destinada às atividades relacionadas à Poliomielite – separadamente das outras contribuições especificadas¹¹³. Assim, é possível perceber que esses dois segmentos, sozinhos, correspondem a cerca de 55% do valor total de todas as contribuições especificadas. Ou seja, mais da metade das contribuições voluntárias foram destinadas para os programas Poliomielite e Respostas a Surto e Crise (OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020b).

Se compararmos as contribuições voluntárias flexíveis (CVCA e contribuições *core*) com as contribuições voluntárias especificadas, os números são ainda mais discrepantes. O fundo flexível voluntário foi, em média, 15 vezes menor que o fundo especificado, correspondendo a 6% do fundo geral relacionado ao programa orçamentário de contribuições voluntárias (OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020b).

Para além dos tipos de contribuições, podemos fazer ainda uma comparação entre as contribuições voluntárias e as obrigatórias dos Estados-membros (denominadas também de contribuições estimadas). Os números encontrados reforçam as informações desta pesquisa: as contribuições voluntárias superaram as contribuições obrigatórias. No primeiro biênio do Programa Geral, as contribuições voluntárias – sozinhas – do programa base (que cobrem as categorias 1 a 6) somaram U\$ 3,839 bilhões, frente aos 955 milhões de dólares das contribuições obrigatórias (OMS, 2016). Essa diferença equivale a cerca de 4 vezes o valor de uma para outra, sem nem ao menos considerar o acréscimo de outras contribuições voluntárias dos Programas Especiais e outros segmentos.

A receita total do biênio 2016-2017 correspondeu a 928 milhões de dólares de contribuições obrigatórias e 3,828 bilhões de dólares de contribuições voluntárias,

¹¹³Segundo o relatório de resultados do biênio 2016-2017 (OMS, 2018), o financiamento disponível para Poliomielite e Resposta a Surto e Crise é maior do que o valor previsto no programa orçamentário devido à natureza dos seus trabalhos orientados a eventos que não poderiam ter sido previstos antes. Para a poliomielite, recursos adicionais foram necessários para aumentar as atividades para interromper a transmissão em vários países-chave como Afeganistão, Nigéria e Paquistão (OMS, 2018, p.4) e para Resposta a Surto e Crises, o aumento se deve a um número de esforços significativos de resposta a emergências nos países como o Sudão do Sul, Síria e Iêmen (OMS, 2018, p.5)

representando 72% dos fundos disponíveis¹¹⁴ (OMS, 2018). Já o biênio 2018-2019 teve o nível de financiamento mais alto do 12º Programa de Trabalho da OMS, como demonstra o Gráfico 1. O seu relatório de resultados não apresenta a diferença entre os valores das contribuições voluntárias e obrigatórias. Porém, enfatiza o aumento de 3% das contribuições obrigatórias em comparação com os biênios anteriores e o aumento das contribuições voluntárias *core*¹¹⁵ em quase 2,5 vezes em comparação com 2014-2015 (OMS, 2020).

O relatório reconhece a importância dos fundos flexíveis¹¹⁶, pois “representam uma importante fonte de financiamento que permite à OMS garantir capacidade operacional para custos de pessoal e atividades críticas dentro do programa orçamentário aprovado¹¹⁷” (OMS, 2020, p. 12, tradução nossa). Nesse sentido, reconhece separadamente a importância das contribuições voluntárias (CVCA e *core*), tendo a *core* apresentado notável aumento, pois “fornecem importante flexibilidade de financiamento, o que permite à Organização avançar seus esforços para melhorar o equilíbrio no financiamento dos resultados do programa orçamentário¹¹⁸” (OMS, 2020, p. 15, tradução nossa). A valorização das contribuições voluntárias *core* parece ser um caminho que a OMS encontrou para garantir a alocação do seu financiamento. Porém, elas apresentam um nível de flexibilidade menor que o CVCA e as contribuições obrigatórias.

Levando em consideração os “níveis” de flexibilidade das contribuições da OMS, os recursos dos doadores ficam cada vez menos flexíveis com a diminuição das contribuições obrigatórias e do CVCA, em detrimento das contribuições voluntárias *core* e especificadas.

3.3.1 - Perfil dos principais doadores de contribuições voluntárias

¹¹⁴ Nesse caso, os fundos disponíveis são a soma da receita registrada no biênio em questão, mais os recursos trazidos do biênio anterior, menos fundos transportados para o próximo biênio (OMS, 2018, p.5).

¹¹⁵ O relatório de resultados no biênio 2018-2019 na realidade apresenta o aumento das contribuições voluntárias temáticas, que são fundos destinados em alto nível para áreas prioritárias, mas dentro das quais é um critério considerável a sua implementação de acordo com a necessidade. Entretanto, para documentos financeiros, as contribuições temáticas são equivalentes a contribuições voluntárias - *core*.

¹¹⁶ Os fundos flexíveis aos quais o texto se refere são chamados pelo relatório de fundos flexíveis corporativos, que consistem na soma das contribuições obrigatórias, das contribuições voluntárias flexíveis (CVCA e *core*) e do programa de suporte a custos (OMS, 2020, p.11).

¹¹⁷ O texto em língua estrangeira é: “represent an important source of funding that allows WHO to ensure operational capacity for staff costs and critical activities within the approved”

¹¹⁸ O texto em língua estrangeira é: “provide important flexible funding, which enables the Organization to advance its efforts in improving the balance in financing of Programme budget results”

Os Estados-membros foram não apenas responsáveis pelas contribuições obrigatórias, mas também a maior fonte de contribuições voluntárias durante o período de vigência do 12º Programa Geral de Trabalho. Nos dois primeiros biênios, eles representaram mais da metade de toda a receita arrecadada, seguidos de Organizações Intergovernamentais, das Nações Unidas e de Fundações Filantrópicas (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020).

A maior quantidade de contribuições fica geralmente concentrada entre os maiores contribuidores do mundo. Por exemplo: no primeiro biênio, os 10 maiores doadores voluntários foram responsáveis por 60% de todas as doações. E mais: 78% de toda a receita da OMS, do segundo biênio, foi fruto da contribuição de 20 grandes doadores (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020).

Em relação ao programa orçamentário geral da OMS, que inclui todos os tipos de doações, os Estados Unidos estiveram, em todos os biênios, no topo da lista de maiores doadores. A segunda e a terceira posição foram disputadas pela Fundação Bill & Melinda Gates e pelo Reino Unido. Nos dois primeiros biênios, a ONG ficou na frente. Já no terceiro (e último) biênio, o Reino Unido ocupou a vice-liderança no *ranking* de doadores. Em seguida, veio a GAVI Alliance, se mantendo em quarto lugar durante todos os biênios. Se revezam nas próximas posições os seguintes países: Alemanha, Canadá, Japão e Noruega; e as instituições Banco Mundial, Comissão Europeia, Nações Unidas, National Philanthropic Trust e Rotary International (OMS, 2016; OMS, 2018; OMS, 2020).

Em relação apenas às contribuições voluntárias, a lista de maiores doadores não é muito diferente. Os documentos sobre essas contribuições permitem elaborar um panorama mais detalhado desses fundos. Durante os seis anos do 12º Programa Geral de Trabalho, a OMS recebeu, de doadores voluntários, US\$ 6,3 bilhões. Quase metade desse montante (3,1 bilhões de dólares) foi de contribuições voluntárias especificadas. Os segmentos de Poliomielite e de Resposta a Surto e Crises receberam, cada um, US\$ 1 bilhão. Já os fundos flexíveis voluntários, CVCA e Contribuições *Core*, no entanto, receberam 548 milhões e 234 milhões de dólares, respectivamente (OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020b).

Pelo menos 131 países contribuíram voluntariamente com o orçamento da OMS (no período estudado). Embora esse número (que já chegou a 70 nações) sofra variações de acordo com o ano. As doações dos países podem variar de 10 mil dólares a 400 milhões de dólares, anualmente. Dentre os grandes doadores governamentais estão a Alemanha, Austrália, Canadá, Japão, Países Baixos, Noruega, República da Coreia, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos. Alguns outros países também fizeram doações de destaque, como o

Kuwait, Nigéria, Paquistão, República Democrática do Congo e Emirados Árabes Unidos (EAU) (OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020b).

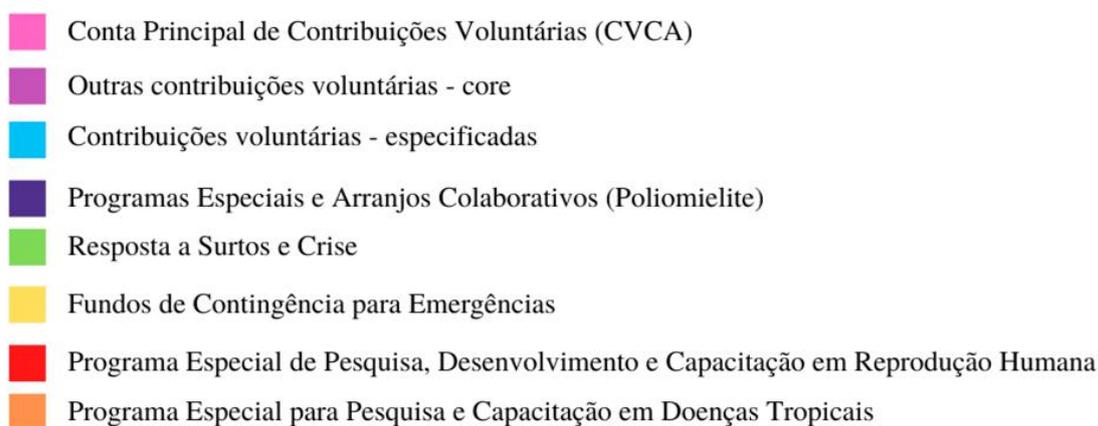
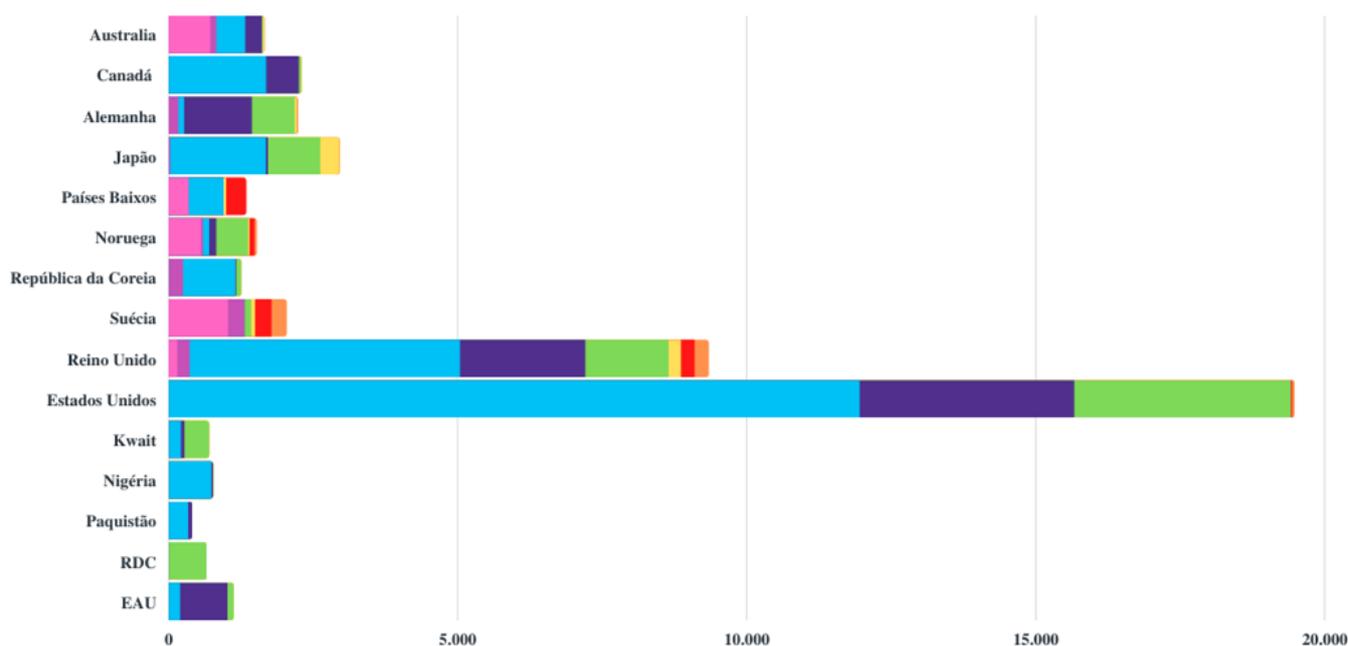
O gráfico 2 apresenta, em valores relativos, o total de contribuições voluntárias¹¹⁹ dos países de 2014 a 2019. É bastante expressiva, como já frisado, a superioridade de doações dos Estados Unidos para a OMS – cerca de duas vezes maior que a do Reino Unido, e quase seis vezes maior que a do Japão, 2º e 3º maiores doadores). Chama a atenção ainda a prevalência de contribuições especificadas (destaque em azul claro). Doações para as atividades de Poliomielite e de Resposta a Surtos e Crise, em azul escuro e verde, respectivamente, também se destacam (OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020b).

Contribuições para os fundos voluntários flexíveis são mais expressivas entre os países europeus e a Austrália, e completamente nulas para os Estados Unidos, Canadá e alguns países menores, como a Nigéria, Paquistão, RDC e Emirados Árabes Unidos. Embora o último relatório de resultado do Programa Geral tenha enfatizado o aumento de contribuições flexíveis temáticas, elas seguem muito baixas – diante da CVCA e, principalmente, do resto das doações (OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020; OMS, 2020b).

É instigante a enorme diferença de interesse em financiar os segmentos Resposta a Surtos e Crise e o Fundo de Contingência para Emergências. Seus títulos têm significados bem parecidos. Mas a semelhança entre as duas fontes para por aí. A diferença de investimentos entre eles é enorme, ficando o segundo setor muito aquém em termos de recursos.

Gráfico 5 - Contribuições voluntárias dos países entre 2014 e 2019 (em milhões)

¹¹⁹ O gráfico não inclui contribuições voluntárias ao fundo fiduciária da OMS



Fonte: OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020b

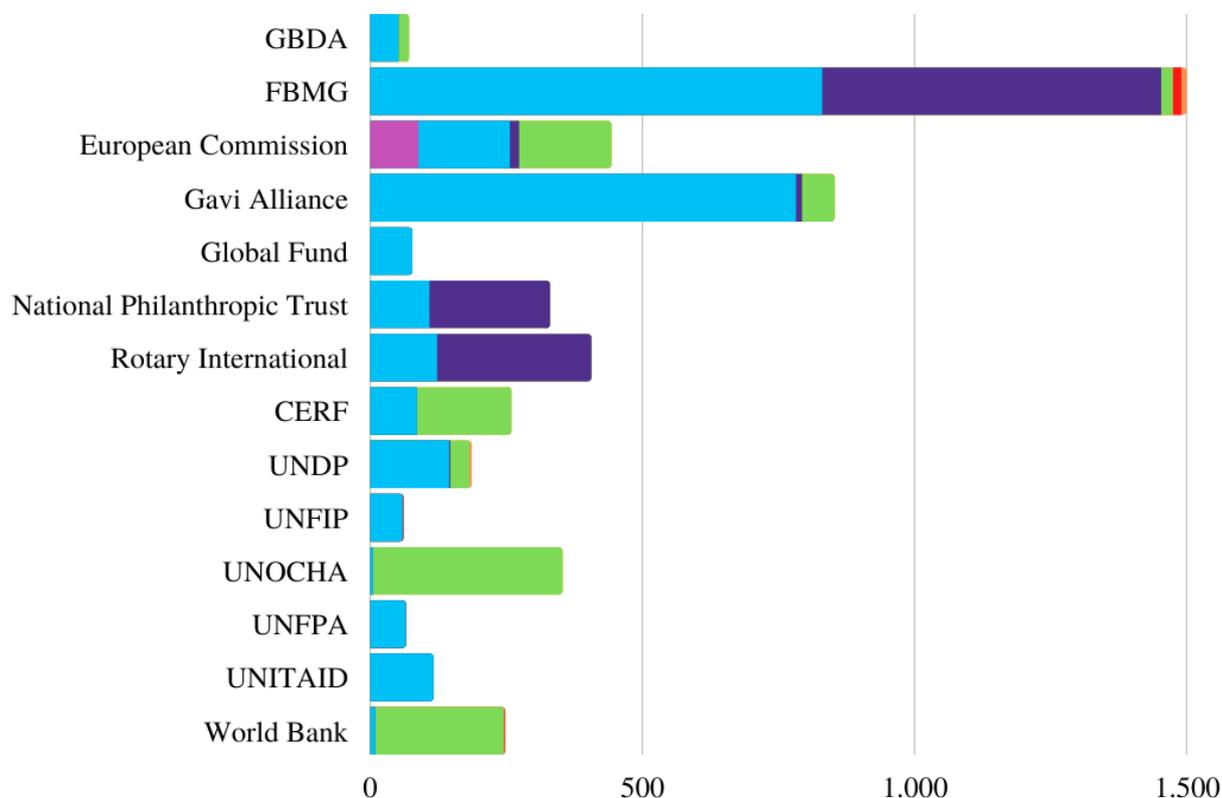
Pelo menos 226 entidades contribuíram voluntariamente com o orçamento da OMS no período do Programa Geral. Elas são formadas por empresas, universidades, agências da ONU, fundações, bancos, associações e outros. Suas contribuições variam entre 10 mil dólares e 300 milhões por ano. O Gráfico 5 apresenta a Fundação Bill & Melinda Gates (FBMG) como a maior doadora, seguida pela Gavi Alliance e pela Rotary Internacional. A Comissão Europeia também se destaca entre os doadores, assim como a quantidade de agências da ONU.

Em comparação com o Gráfico 5 (dos países doadores), o Gráfico 6, que trata das entidades, é bem menos colorido. Salvo a Comissão Europeia e o Fundo de População das Nações Unidas (*United Nations Population Fund – UNFPA*), nenhum dos outros 12 doadores

contribuíram com os fundos flexíveis da OMS. A UNFPA, por exemplo, em seis anos, contribuiu com apenas 50 mil dólares. As contribuições para o Programas Especiais de Pesquisa também são baixas e até nulas (em muitos casos). As contribuições que mais se destacam são especificadas em azul claro. Parece ser de considerável interesse das organizações da ONU e da Comissão Europeia o financiamento do segmento Resposta a Surtos e Crises. Por outro lado, a FBMG, a *National Philanthropic Rotary* e a *Rotary Internacional* deram preferência às atividades relacionadas à Poliomielite.

No Gráfico 3 são apresentadas 14 entidades. Dentre elas, destacamos as seguintes: Grupo do Banco de Desenvolvimento Africano (GBDA); Fundo Global; Fundo Central de Resposta a Emergência (*Central Emergency Response Fund - CERF*) da ONU; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (*United Nations Development – UNPD*); Fundo das Nações Unidas para a Parceria Internacional (*United Nations Fund for International Partnership – UNFIP*); Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (*United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs – UNOCHA*); Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS, Malária e Tuberculose (UNITAID, na sigla em inglês) e Banco Mundial (*World Bank*).

Gráfico 6 – Contribuições voluntárias de entidades entre 2014 e 2019



- Conta Principal de Contribuições Voluntárias (CVCA)
- Outras contribuições voluntárias - core
- Contribuições voluntárias - especificadas
- Programas Especiais e Arranjos Colaborativos (Poliomielite)
- Resposta a Surtos e Crise
- Fundos de Contingência para Emergências
- Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Capacitação em Reprodução Humana
- Programa Especial para Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais

Fonte: OMS, 2015b; OMS, 2016b; OMS, 2017b; OMS, 2018b; OMS, 2019; OMS, 2020b

Em síntese, entre 2014 e 2019, os países, reunidos na Comissão Europeia, são os únicos a contribuir com os fundos flexíveis voluntários. Por outro lado, as entidades tiveram maior interesse em contribuir com fundos especializados. Dentre eles, se destacam as doações para os programas Respostas a Surtos e Crise e o de combate à Poliomielite. Os fundos dos próprios sistemas da ONU também são uma grande fonte de contribuições voluntárias da OMS. Porém, se destaca fortemente a participação financeira da FBMG no

orçamento voluntário da organização, direta e indiretamente, por meio de sua forte participação também no Gavi.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou analisar relações entre o padrão de financiamento internacional da saúde, a dinâmica de Governança da Saúde Global, além do papel e da atuação da Organização Mundial de Saúde. Mais especificamente, buscou-se diagnosticar e analisar a performance de arrecadação financeira da agência por meio do empenho em compreender o funcionamento das contribuições voluntárias durante o período de vigência do 12º Programa Geral de Trabalho, estipulado pela Assembleia Mundial de Saúde. Esse empreendimento permitiu algumas reflexões gerais sobre o esforço internacional em garantir o direito à saúde, previsto pela Constituição da OMS. Tudo isso dentro de um cenário mundial de crise na saúde com o enfrentamento da atual pandemia de COVID-19. Situação que tem exigido da OMS uma presença atuante, ampla e, acima de tudo, técnica.

Os comentários e análise do atual Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom, e também de outros críticos apontam falhas muito relevantes em relação às estratégias globais de resposta ao combate do coronavírus, até hoje, colocadas em práticas. Internacionalmente, uma

forte “politização” das orientações da OMS, instigada pelas disputas geopolíticas entre EUA e China, demonstrando o desprestígio da agência como autoridade sanitária no mundo. Tem-se sentido também as fortes consequências do nacionalismo de vacinas, gerando extrema iniquidade no acesso aos imunizantes e aos bens tecnológicos de saúde como um todo. E isso ocorre mesmo diante dos altíssimos investimentos em P&D e do rápido estabelecimento de mecanismos internacionais de respostas à COVID-19, como o ACT-*Accelerator*.

Essas questões dizem muito a respeito à OMS e ao cenário internacional no qual ela se insere. Elas permitem reflexões sobre a relação desses elementos com o financiamento da Saúde Global e, especificamente, da OMS. Para destrinchar e melhor compreender todos esses pontos, esse trabalho fez uma análise ampla da Governança da Saúde Global. O objetivo era apontar para um diagnóstico quantitativo sobre as contribuições voluntárias para a OMS, entre o período de 2014 e 2019, mostrando ainda as especificidades e origens dessas doações.

Os resultados encontrados, não surpreendentemente, refletem lógicas e padrões que definem exatamente o contexto maior da saúde no mundo. E mesmo que os documentos etnografados nessa investigação sejam anteriores à pandemia de COVID-19, as conclusões também demonstram valores e prioridades fundamentais para compreender como o mundo lida hoje com o novo coronavírus.

A OMS foi criada juntamente com a consolidação de uma ordem que se instaura com o fim da Segunda Guerra Mundial. Para compreender a sua atuação, o primeiro capítulo trouxe elementos importantes de sua criação, em 1948. A arquitetura dessa ordem surgiu antes mesmo da vitória dos Aliados. Ela incluía um arranjo de organizações intergovernamentais a partir dos esforços em cooperar e estabelecer a paz.

A estruturação da OMS – assim como seus profissionais e suas abordagens – advém de iniciativas dos países aliados, anteriores ao fim do conflito armado, como a UNRRA e a Fundação Rockefeller. Dentre os aliados, os EUA – fortalecidos e praticamente intactos diante da destruição provocada pela guerra – operaram como liderança essencial para a constituição desse arranjo, consolidando a sua hegemonia e dos seus valores no mundo.

Em relação à OMS, no entanto, algumas particularidades puderam ser evidenciadas. Primeiro: a demanda por uma instituição internacional de saúde partiu de apelos de países em desenvolvimento, então preocupados com a situação de suas populações diante dos efeitos da guerra. Embora essa não tenha sido a prioridade das potências da época, lideranças do Sul Global conseguiram emplacar a criação da agência.

Em contradição com os valores da hegemonia estadunidense, a OMS foi constituída sob premissas amplas de saúde reunidas nos princípios da Medicina Social, corrente que se

fortaleceu na Europa a partir da década de 1920. Assim, a organização nasce num momento específico de instauração de uma nova ordem liderada pelos EUA, mas já atravessada por uma nova dicotomia perpetuada pelas diferenças entre países centrais e periféricos.

A OMS surge num momento, analisado no primeiro capítulo, chamado de Governança da Saúde Internacional, caracterizada pelo estadocentrismo e pela autoridade das organizações intergovernamentais. Como resultado, a OMS gozou, nesse período, de uma maior legitimidade e centralidade – mesmo diante das tensões entre Leste e Oeste instauradas pela Guerra Fria. Entretanto, a agência não passou imune por essa bipolaridade e por divergências quanto à compreensão sobre como desenvolver e implementar políticas internacionais de saúde pública.

O capítulo 1 destacou dois diferentes tipos de campanhas realizadas pela OMS durante sua primeira década de atuação. Primeiro: as campanhas verticais surgiram sob influência da lógica de atuação da medicina colonial, que determina, em geral, uma doença específica como alvo de atuação. Ou seja, a partir do uso disseminado de uma tecnologia de saúde e definições rígidas de atuação “de cima para baixo”, a doença é combatida. Por outro lado, campanhas horizontais tendem a considerar determinantes mais amplos de saúde e a buscar o fortalecimento de sistemas de saúde. Essa oposição fica evidente na literatura. Pois fica sinalizado que o sucesso ou fracasso de uma campanha pode depender de questões inerentes aos dois modelos, desmistificando certa dissociação acerca das duas estratégias. De toda forma, foi possível estabelecer e analisar certos padrões característicos de cada uma dessas modalidades de campanha.

Transformações na balança de poder da Assembleia Mundial da Saúde, e no mundo, a partir da década de 1970, permitiram também mudanças na abordagem das políticas da OMS. A mobilização internacional que coincidiu com a Conferência de Alma-Ata, em 1978, colocou no centro da agenda da organização o fortalecimento da APS. No entanto, esse movimento foi seguido por uma reação intensa de atores contrários a esse tipo de perspectiva e avessos à ascensão do neoliberalismo como ideologia político-econômica.

O neoliberalismo se infiltrou em todas as áreas da vida e estabeleceu reformas de desregulamentação e privatização. Na área da saúde, a perspectiva neoliberal – de valorização do privado – levou ao enxugamento do orçamento de sistemas de saúde e de agências internacionais, como a OMS.

Esse fenômeno ascende o conceito de Atenção Primária Seletiva e o uso de métricas reducionistas e tecnocratas fortemente orientadas para o mercado. Em resposta à grande

repercussão contra-hegemônica, atores alinhados com as abordagens mais amplas de saúde tentaram barrar a ascensão desse novo movimento neoliberal.

A OMS, por outro lado, recebeu críticas sistemáticas de neoliberais, sendo suas políticas consideradas “ideológicas”. Um plano de desmoralização foi colocado em prática. E a OMS passou assim a ser acusada de ineficiência. Consequentemente, a agência recua na sua estratégia de saúde ampla. Mesmo assim perde recursos e a centralidade na governança em saúde no mundo.

Todos esses acontecimentos ocorrem dialética e concomitantemente com a ascensão de uma nova lógica explorada pelo capítulo: a Governança da Saúde Global, caracterizada pelo multi-institucionalismo (diferentemente da Governança da Saúde Internacional). Esse novo pensamento valoriza os espaços de governança que incluem partes interessadas não-estatais. Os atores que mais ganharam com esse modelo de organização política foram as Fundações Filantropistas e as Parcerias Público-Privadas internacionais, com destaque para a FBMG e o GAVI Alliance.

A análise da Governança da Saúde Global e dos elementos que a acompanham – formando o contexto da política e da implementação do financiamento da OMS durante a vigência do 12º Programa Geral de Trabalho – contribui para a compreensão dos resultados encontrados neste trabalho.

O segundo capítulo buscou detalhar o modelo de financiamento da OMS, bem como sua relação e dinâmica com os financiadores internacionais da saúde ao longo de sua existência. Em suas primeiras décadas, a pujança das instituições multilaterais instauradas pelo sistema ONU garantiu o crescimento do orçamento da OMS em termos consideráveis. Nesse momento, a maior parte desse financiamento tinha como origem as contribuições obrigatórias dos Estados-membros. Tais contribuições eram frequentemente usadas como moeda de troca por países (fortes) para incidir politicamente na agenda da Organização.

Com a ascensão de iniciativas horizontais, motivadas pelo uso de abordagens com foco na APS, os EUA e aliados adotaram uma política de retaliação por meio do congelamento ou suspensão das suas contribuições obrigatórias. Essa estratégia vem sendo implementada até os tempos atuais. E é sempre adotada de acordo com os interesses e a conjuntura política de cada país, demonstrando assim que o controle do orçamento é uma ferramenta importantíssima.

As contribuições obrigatórias vão perdendo prestígio paulatinamente e passam a ser substituídas, em termos proporcionais, pelo crescimento e predominância das contribuições voluntárias, originárias de qualquer doador estatal ou não. As doações voluntárias, por sua

vez, podem ser feitas em condições especificadas sobre onde e como utilizá-las. Tornam-se, assim, doações “carimbadas”. Ou seja: chegam à OMS já com um destino definido, desprezando as prioridades em saúde eleitas pela Assembleia Mundial de Saúde. A investigação realizada no capítulo 2 permitiu concluir que essa prática mina a autonomia da agência, que se vê à mercê de interesses de certos financiadores.

O ganho de importância das contribuições voluntárias é acompanhado por transformações no financiamento da Saúde Global como um todo. Segundo a argumentação dos autores citados ao longo dessa dissertação, o enfrentamento à pandemia de HIV/AIDS na virada do século contribuiu para o aumento extraordinário do investimento internacional na saúde e para a ascensão de PPPs internacionais no campo.

O neoliberalismo ganhou espaço na saúde e se instituiu como peça chave justamente nesse contexto de pandemia. O segundo capítulo demonstrou como a lógica neoliberal, por meio da incidência do Banco Mundial, se consolidou na Saúde Global e determinou um padrão de financiamento para iniciativas internacionais de saúde baseado em métricas de custo-benefício da Economia da Saúde. E também no uso de novas tecnologias – ou “pílulas mágicas” – implementadas de cima para baixo, priorizando o setor privado e os resultados de curto prazo.

Todas essas questões mobilizaram a OMS e seus aliados a buscar por uma “reforma”. Ou seja, tentar uma reconfiguração programática e financeira para responder às críticas enfrentadas pela agência. Essas reformas datam desde a década de 1990 e se perpetuam até a atualidade como um processo contínuo. No entanto, informações mais detalhadas sobre os gestores e suas administrações, desde então, não foram fáceis de se obter. E para esclarecer melhor sobre as expectativas e resultados de cada reforma, esse acesso aos dados (e fatos) deveriam ser mais transparentes. De toda maneira, as reformas implementadas pela OMS representam uma tentativa de reação ao descrédito da agência, que vem se prolongando e frustrando os autores consultados.

O capítulo três descreveu a etnografia de documentos realizada para esse trabalho em relatórios programáticos e financeiros. A leitura e análise do 12º Programa Geral de Trabalho da OMS permitiu identificar que seus gestores são cientes de todos os problemas identificados pela literatura especializada, como a crise de legitimidade e a escassez de orçamento. Percebemos também um certo alinhamento entre as expectativas do Programa e a agenda neoliberal de desenvolvimento (e suas abordagens), por meio de escolhas linguísticas específicas já analisadas no capítulo 2. Em geral, o conteúdo do documento defende a relevância da OMS e responde às críticas com a implementação de (amplas) reformas.

O segundo capítulo segue avaliando os Programas Orçamentários Bienais e os Relatórios de Resultados de 2014 a 2019. Conclusão importante: a OMS arrecadou, em geral, mais do que o estimado pela Assembleia Mundial de Saúde. No entanto, a agência não consegue investir em ações o valor total disponível em seus fundos, sobrando cerca de meio bilhão por biênio.

Porém, ao analisar os valores arrecadados por categoria, esse cenário muda. A maioria dos segmentos (salvo dois deles) não arrecadou o suficiente para igualar ao orçamento aprovado. Da mesma forma, grande parte dos programas de área também não o faz.

Diante das análises, visualizamos dois panoramas bem antagônicos: um olhar superficial dos fundos orçamentários da OMS pode trazer uma sensação de sucesso de arrecadação. Mas se fizermos uma investigação mais aprofundada dessa questão vamos perceber que os programas não estão captando o planejado e aprovado pela Assembleia Geral de Saúde.

Podemos ir mais longe e afirmar que, além de não captar os recursos suficientes para o desenvolvimento de programas específicos, a OMS não executa tudo que planejou arrecadar. Contraditoriamente, o orçamento total da agência seguiu crescendo, biênio após biênio. A explicação para essa contradição parece estar na movimentação financeira dos segmentos especiais fora do orçamento base. Embora esses programas apresentem uma dinâmica de arrecadação individualizada, no geral eles recebem muito mais do que o planejado. Chama especial atenção o Programa para a Erradicação da Poliomielite. Ele é o maior receptor de contribuições da OMS, desde sempre.

Uma avaliação mais atenta às contribuições voluntárias nos permitiu algumas outras reflexões. Em geral, a literatura as apresenta como um único aglomerado. Porém, a etnografia dos documentos da OMS identifica certas diferenças e possibilidades para doadores voluntários: a CVCA, as contribuições *core* e as especificadas, e a doação direta aos segmentos. A diferença é baseada na flexibilidade de execução das quantias arrecadadas. Constatamos que quanto menos flexível o fundo, maior a quantia arrecadada. Mesmo com um aumento das doações *core*, a prioridade ainda foi por fundos menos flexíveis.

O capítulo três, por fim, fez um panorama do perfil dos principais doadores da OMS. Os Estados-membros foram (e até hoje são) os grandes financiadores da agência, sendo responsáveis pela maioria das contribuições voluntárias. Apesar de 131 países contribuírem voluntariamente para a OMS, um grupo restrito de 10 a 20 países responde por mais da metade desses valores, em especial os EUA. Em relação aos grandes doadores não-estatais, as

fundações filantrópicas e as PPPs são as grandes representantes, demonstrando a importância delas diante da Saúde Global. Merecem destaque ainda outros órgãos do sistema ONU.

Uma reflexão ou constatação: as principais entidades doadoras da OMS, diferentemente dos Estados, destinam seus recursos para fundos menos variados e pouco (ou nada) para os fundos *core* e segmentos de pesquisa. É também interessante perceber o grande interesse das fundações filantrópicas em investir no Programa sobre Poliomielite, demonstrando certa insistência desses atores no modelo de vertical de intervenção na saúde.

É interessante visualizar o diálogo dessas reflexões com a atual pandemia de COVID-19. A Saúde Global têm tendido para um modelo de resposta a problemas de saúde que foram mais uma vez reproduzidos no enfrentamento ao coronavírus. O estabelecimento do COVAX, como grande PPP responsável pela garantia da distribuição de vacinas no mundo, e do seu financiamento também voluntária demonstram o grande poder de influência desses novos atores internacionais na medida que suas contribuições são por eles mesmo estabelecidas e não pela principal autoridade intergovernamental de saúde no mundo, a OMS.

A pandemia, porém, demonstrou de maneira dramática as possíveis consequências do estabelecimento de mecanismo voluntários de financiamento e, além, de colaboração com a saúde das pessoas. Quase dois anos após o início de pandemia, a COVAX segue subfinanciada. Enquanto isso, populações em países de baixa renda seguem vítimas do apartheid de vacinas e da exposição a ascensão de novas variantes do corona vírus, como evidenciado nas últimas semanas pela notificação da nova variante Ômicron na África do Sul. Também, o mecanismo voluntário para compartilhamento de tecnologias relacionadas a COVID-19 da OMS só estabeleceu sua primeira licença para produção de um bem de saúde no último mês. Enquanto isso, transnacionais farmacêuticas priorizam a distribuição de suas tecnologias à países desenvolvidos que, inclusive, - juntamente com importantes lideranças representantes de Fundações Filantrópicas como a FBMG - têm trabalhado politicamente para barrar propostas de compartilhamento de conhecimentos (ou propriedade intelectual) que poderiam salvar mais vidas em locais ou de pessoas em situação de maior vulnerabilidade, como é o caso da proposta da Índia e África do Sul de suspender as regras de propriedade intelectual de tecnologias relacionadas a COVID-19 durante a pandemia, em negociação na Organização Mundial do Comércio (OMS).

A OMS parece ter ganhado certa atenção durante os últimos meses de pandemia, ao se ver como uma das principais pautas de veículos midiático, comunidades envolvidas com as estratégias de saúde para o coronavírus e, até mesmo, de mobilizadores políticos comprometidos ou não com o enfrentamento à pandemia. Talvez, certo protagonismo tenha

sido recuperado durante esse período. Entretanto, os padrões e lógicas predominantes da Governança da Saúde Global seguiram sendo reproduzidos. A preferência por investimentos voluntários, inclusive, além de ter seguido em prática, ela também deixou o globo a mercê da lógica de mercado e da política das potências mundiais, permitindo a perpetuação da desigualdade criminosa no acesso a saúde e na garantia à vida de populações e regiões do mundo.

REFERÊNCIAS

ADAMS, V. et al. **Re-imagining global health through social medicine**. *Global Public Health*, v. 14, n. 10, p. 1383-1400, 2019.

ALBUQUERQUE, Marianna Restum Antonio de. **Potências médias emergentes e uso da força: Brasil e Índia no Conselho de Segurança das Nações Unidas (1946-2012)**. Tese de Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BBC NEWS. **US election: Joe Biden pushes forward with plans for office**. 8 November 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/election-us-2020-54866037>. Acesso em: 21 de novembro de 2021.

BERRIDGE, V.; LOUGHLIN, K.; HERRING, R. **Historical dimensions of global health governance**. 2009.

BIRN, A. **The stages of international (global) health: histories of success or successes of history?**. *Global Public Health*, 2009, v. 4, n. 1, p. 50-68.

_____. **Remaking international health: refreshing perspectives from Latin America**. *Rev Panam Salud Publica* 30(2), 2011, p. 106-110

_____. **Philanthrocapitalism, Past and Present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation and the Setting(s) of the International/Global Health Agenda**. *Hypothesis* 12(1): 1–27.

BIRN, Anne-Emanuelle; PILLAY, Yogan; HOLTZ, Timothy H. **Textbook of Global Health**. Fourth Edition. Oxford, New York: Oxford University Press, 2016.

BIRN, Anne-Emanuelle; RICHTER, Judith. **El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente**. *Medicina Social*. Vol 11, Núm. 3. 2016

BRANDT, A.M. **How AIDS Invented Global Health**. New England Journal of Medicine. 368(23):2149-2152, 2013.

BUSS, Paulo. **Saúde global e diplomacia da saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(1):8-9, jan, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori et al. **Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável**. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 6, p. 1479-1491. Rio de Janeiro, 2012.

BUSS, Paulo M., FERREIRA, José Roberto. Brasil e saúde global. In: PINHEIRO, Letícia, MILANI, Carlos R.S. **Política externa brasileira: a política das práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro, RJ: FGV Editora, 2012, p. 241-265

BUXTON, N. **Multistakeholderism: A critical look (Workshop Report)**. Amsterdam: Transnational Institute. 2019. Disponível em: <https://www.tni.org/files/publication-downloads/multistakeholderism-workshop-report-tni.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2021.

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, set. 2006. CLARK; MACGOEY, 2016

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

Dodgson, R; Lee, K; Drager, N. **Governance for global health: A conceptual review**. Working Paper. World Health Organization, Geneva: WHO. 2002

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. **Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, Feb. 2003.

GAMBLE, Andrew. **Neo-liberalism**. Capital & Class: 2001.

GIOVANELLA, Lígia et al. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 3.

GLECKMAN, Harris. COVAX: a global multistakeholder group that poses political and health risks to developing countries and multilateralism. 2021. Disponível em: https://www.foei.org/wp-content/uploads/2021/04/COVAX_multistakeholderism-COVID-19-vaccine.pdf. Acesso em: 21 de novembro de 2021

HALTIWANGER, John. **Trump says he's withdrawing from WHO while the pandemic rages, but he can't without Congress**. Business Insider. 2020 Disponível em: <https://www.businessinsider.com/trump-says-withdrawing-from-who-but-cant-without-congress-2020-7>. Acesso em: 21 de novembro de 2021

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2014. HEALTH POLICY WATCH. Germany & France propose reforms to give the WHO more power, funding & oversight. 2020.

HOLGUÍN, G. **La guerra contra medicamentos genéricos: un crimen silencioso**. Bogotá: Aguilar. 2014.

KAMEDA, Koichi. **Saúde pública, inovação farmacêutica e propriedade intelectual: o desenvolvimento de um novo medicamento contra a malária no Brasil**. Dissertação (Mestrado Em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2012

LANCET. **Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050**. 2019a.

LANCET, T. **WHO reform continues to confuse**. Lancet (London, England), v. 393, n. 10176, p. 1071, 16 mar. 2019b

LEE, Kelley. **The World Health Organization (WHO)** (Global Institutions). Routledge, Abingdon, 2008.

LOESCHER, Gil. **Beyond Charity. International Cooperation and the Global Refugee Crisis**. Oxford, Oxford University Press, 1993 OTTERSON; HOFFMAN; GROUX, 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Scale of assessments 2022–2023*. 11 de janeiro de 2021. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_28-en.pdf

- _____. Constituição da Organização Mundial da Saúde - 1946.
- _____. Reforms 97.1 Changes and reform at WHO. Genebra, 1997: OMS.
- _____. The future of financing for WHO – Summary of the director-general’s concluding remarks. Genebra, 2011: OMS.
- _____. Twelfth General Programme of work 2014-2019. 2014a
- _____. Biennium Programme Budget 2014-2015. 2014b - programa orçamentário 2014-2015
- _____. Biennium Programme Budget 2016-2017. 2015
- _____. Biennium Programme Budget 2018-2019. 2017
- _____. WHO Programmatic and Financial Report for 2014-2015 including audited financial statements for 2015. 2016.
- _____. WHO Results Report: Programme Budget 2016-2017. 2018
- _____. WHO Results Report: Programme Budget 2018-2019. 2020.
- _____. Voluntary contributions by fund and by contributor, 2015b.
- _____. Voluntary contributions by fund and by contributor, 2016b.
- _____. Voluntary contributions by fund and by contributor, 2017b.
- _____. Voluntary contributions by fund and by contributor, 2018b
- _____. Voluntary contributions by fund and by contributor, 2019
- _____. Voluntary contributions by fund and by contributor, 2020b

OXFAM, 2021. **Vaccine monopolies make cost of vaccinating the world against COVID at least 5 times more expensive than it could be.** Disponível em: <https://www.oxfamamerica.org/press/vaccine-monopolies-make-cost-of-vaccinating-the-world-against-covid-at-least-5-times-more-expensive-than-it-could-be>. Acesso em: 21 de novembro de 2021

PACKARD, R.M. **A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2016

PARKER, Richard. **Ativismo de base, mobilização da sociedade civil e a política da epidemia global de HIV/AIDS**. 2011.

PEOPLE'S HEALTH MOVIMENT (PHM). A PHM Policy Brief: unpacking the COVAX black box. 2021. Disponível em: https://phmovement.org/wp-content/uploads/2021/08/Final-policy-brief-Covax_compressed_English.pdf . Acesso em: 21 de novembro de 2021

PIOT, P; QUINN, TC. **Response to the AIDS pandemic--a global health model**. N Engl J Med. 2013 Jun 6;368(23):2210-8. doi: 10.1056/NEJMra1201533. Erratum in: N Engl J Med. 2013 Sep 19;369(12):1180. PMID: 23738546; PMCID: PMC3777557.REA, 1990

RADIS. Guerra por vacinas: pandemia de covid escancara contradições da saúde global, com países ricos vacinando e países pobres e espera. 2021. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/guerra-por-vacinas>. Acesso em: 21 de novembro de 2021

REINISCH, Jessica. **Internationalism in relief: the birth (and death) of UNRRA**. 2011

REUTERS. **Exclusive: Germany, France want more funding, power for WHO as part of sweeping reforms**. 2020.

SAMPAIO, JRC.; VENTURA, M. **A emergência do conceito saúde global: perspectivas para o campo da saúde coletiva**. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2016 out./dez, 5(4):145-155.

SCHVEITZER, Mariana Cabral; THOME, Beatriz da Costa. Ética em pesquisa e alocação de recursos em tempos de covid-19. **Revista Bioética**, v. 29, p. 21-26, 2021.

SRIDHAR, D.; GOSTIN, L. 2011. **Reforming the World Health Organization**. JAMA – The Journal of the American Medical Association, v. 305, n. 15, pp. 1585-86.

SCIENSE.I 'm still feeling that we're failing': Exasperated WHO leader speaks out about vaccine inequity. 2021. Disponível em: <https://www.science.org/content/article/i-m-still-feeling-we-re-failing-exasperated-who-leader-speaks-out-about-vaccine>. Acesso em: 21 de novembro de 2021

STAT NEWS. **Trump pledges to put a hold on U.S. funding for the World Health Organization.** 2020.

STAT NEWS. **“Naively ambitious’: How COVAX failed on its promise to vaccinate the world.** 2021. Disponível em: https://www.statnews.com/2021/10/08/how-covax-failed-on-its-promise-to-vaccinate-the-world/?utm_source=pocket_mylist. Acesso em: 21 de novembro de 2021.

THE GUARDIAN. **Monopolies on Covid vaccines are killing people in poorer countries.** 2021. Disponível em: https://www.theguardian.com/commentisfree/2021/sep/01/monopolies-covid-vaccines-killing-poorer-countries-south-africa-wto?utm_source=pocket_mylist Acesso em: 21 de novembro de 2021

VAUGHAN, J. P. et al. **Financing the World Health Organisation: global importance of extrabudgetary funds.** *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), v. 35, n. 3, p. 229–245, mar. 1996

VENTURA, Deisy. **Saúde Pública e Política Externa Brasileira.** In: SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos / Sur – Rede Universitária de Direitos Humanos – v.1, n.1, jan.2004 – São Paulo, 2004.

VENTURA, Deisy. **Direito e saúde global – o caso da pandemia de gripe A(H1N1).** São Paulo: Expressão Popular/Dobra Editorial, 2013.

VENTURA, Deisy. PEREZ, FA. **Crise e reforma da organização mundial da saúde.** Lua Nova, São Paulo, n. 92, p. 45-77, 2014.

VILLARDI, Pedro. **Da saúde internacional à saúde global: trajetórias históricas e geográficas do conceito de medicamentos essenciais.** Tese (Doutorado Em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2018

APÊNDICE A – Orçamento de categorias e segmentos por biênio

	Biênio 2014-2015					
	Aprovado (em milhões de dólares)	Fundos disponíveis (em milhões de dólares)	Gastos (em milhões de dólares)	Fundos disponíveis em relação ao orçamento aprovado	Gastos em relação ao orçamento aprovado	Gastos em relação aos fundos disponíveis
Categoria 1	840,8	801,44	717,169	95,32%	85,30%	89,49%
Categoria 2	317,9	259,731	237,597	81,70%	74,74%	91,48%
Categoria 3	388,5	377,91	339,684	97,27%	87,43%	89,88%
Categoria 4	531,1	519,924	468,117	97,90%	88,14%	90,04%
Categoria 5	287	279,315	265,727	97,32%	92,59%	95,14%
Categoria 6	823	788,325	761,165	95,79%	92,49%	96,55%
Total do Orçamento Base	3188,3	3026,645	2789,459	94,93%	87,49%	92,16%
Erradicação da Poliomielite	700	1161,661	1020,038	165,95%	145,72%	87,81%
Resposta a Surtos e Crise	227,5	780,87	676,125	343,24%	297,20%	86,59%
	Biênio 2016-2017					
	Aprovado (em milhões de dólares)	Fundos disponíveis (em milhões de dólares)	Gastos (em milhões de dólares)	Fundos disponíveis em relação ao orçamento aprovado	Gastos em relação ao orçamento aprovado	Gastos em relação aos fundos disponíveis
Categoria 1	784	720	645	91,84%	82,27%	89,58%
Categoria 2	376	262	249	69,68%	66,22%	95,04%
Categoria 3	382	322	300	84,29%	78,53%	93,17%
Categoria 4	595	546	494	91,76%	83,03%	90,48%
Categoria 5	485	354	330	72,99%	68,04%	93,22%
Categoria 6	734	678	661	92,37%	90,05%	97,49%
Total do Orçamento Base	4283,5	4824,531	4375,163	112,63%	102,14%	90,69%
Erradicação da Poliomielite	895	1237	1163	138,21%	129,94%	94,02%
Resposta a Surtos e Crise	205	766	632	373,66%	308,29%	82,51%
Pesquisa em Doenças Tropicais	49	37	36	75,51%	73,47%	97,30%
Pesquisa em Reprodução Humana	43	69	62	160,47%	144,19%	89,86%

	Biênio 2018-2019					
	Aprovado (em milhões de dólares)	Fundos disponíveis (em milhões de dólares)	Gastos (em milhões de dólares)	Fundos disponíveis em relação ao orçamento aprovado	Gastos em relação ao orçamento aprovado	Gastos em relação aos fundos disponíveis
Categoria 1	805	897	800	111,43%	99,38%	89,19%
Categoria 2	351	293	268	83,48%	76,35%	91,47%
Categoria 3	384	318	292	82,81%	76,04%	91,82%
Categoria 4	590	617	558	104,58%	94,58%	90,44%
Categoria 5	554	455	423	82,13%	76,35%	92,97%
Categoria 6	716	712	691	99,44%	96,51%	97,05%
Total do Orçamento Base	4592	5401	4925	117,62%	107,25%	91,19%
Erradicação da Poliomielite	903	1088	1018	120,49%	112,74%	93,57%
Resposta a Surtos e Crise*	0	1303	1158			88,87%
Pesquisa em Doenças Tropicais	50	43,7	37	87,40%	74,00%	84,67%
Pesquisa em Reprodução Humana	68,4	89,5	68,3	130,85%	99,85%	76,31%
*O Programa Orçamentário do biênio 2018-2019 não aprovou um orçamento para Resposta a Surtos de Crises						

APÊNDICE B – Orçamento de fundos por ano

Ano/ US\$	Conta Principal de Contribuições Voluntárias (CVCA)	Outras contribuições voluntárias - <i>core</i>	Fundos Flexíveis (voluntários)	Contribuições voluntárias - especificadas	Fundos Flexíveis + Contribuições voluntárias - especificadas	Fundo Total Geral — Orçamento do Programa
2014	116286259	15662847	131949106	1 809 528 713	131949106	2001713247
2015	102622648	8834937	111729645	1 666 853 528	111729645	1836970206
2016	81351636	32071230	113422866	706 671 708	113422866	1717219177
2017	67082729	13747967	80830696	812 611 802	80830696	2110685173
2018	89140929	91720004	180860933	807 837 113	180860933	2243377613
2019	92333485	189584920	281918405	803 251 715	281918405	2443961432

APÊNDICE C – Orçamento aprovado, disponível e gasto por programa de área

Orçamento	2014-2015					
	Aprovado (em milhões de dólares)	Disponível (em milhões de dólares)	Gastos (em milhões de dólares)	Disponível em relação ao aprovado	Gasto em relação ao aprovado	Gasto em relação ao disponível
Programas de área						
Categoria 1 - Doenças Transmissíveis						
HV e Hepatites	131,5	142,219	129,94	108,15%	98,81%	91,37%
Tuberculose	130,9	117,726	109,124	89,94%	83,36%	92,69%
Malária	91,6	98,656	84,279	107,70%	92,01%	85,43%
Doenças tropicais negligenciadas	140	155,843	137,666	111,32%	98,33%	88,34%
<i>UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases</i>	-	-	-	-	-	-
Doenças preveníveis por vacina	346,8	286,996	256,16	82,76%	73,86%	89,26%
Resistência Antimicrobiana	-	-	-	-	-	-
Categoria 2 - Doenças Não-Transmissíveis						
Doenças Não-Transmissíveis	192,1	134,141	124,761	69,83%	64,95%	93,01%
Saúde Mental e Abuso de Substâncias	39,2	34,052	30,826	86,87%	78,64%	90,53%
Violência e ferimentos	31,1	30,835	29,004	99,15%	93,26%	94,06%
Deficiência e reabilitação	15,5	17,092	13,659	110,27%	88,12%	79,91%
Nutrição	40	43,611	39,347	109,03%	98,37%	90,22%
Segurança alimentar	-	-	-	-	-	-
Categoria 3 - Promovendo a saúde através do curso de vida						
Saúde reprodutiva, materna, do recém-nascido, da criança e do adolescente	232,8	256,176	225,774	110,04%	96,98%	88,13%
<i>Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP)</i>	-	-	-	-	-	-
Envelhecimento e saúde	9,5	8,126	8,219	85,54%	86,52%	101,14%
Gênero, equidade e integração dos direitos humanos	13,9	12,121	11,626	87,20%	83,64%	95,92%
Determinantes sociais da saúde	30,3	21,166	19,938	69,85%	65,80%	94,20%

Saúde e meio ambiente	102	80,321	74,127	78,75%	72,67%	92,29%
Equidade, determinantes sociais, igualdade de gênero e direitos humanos	-	-	-	-	-	-
Categoria 4 - Sistemas de Saúde						
Saúde nacional políticas, estratégias e planos	125,7	123,472	106,997	98,23%	85,12%	86,66%
Serviços integrados de saúde centrados nas pessoas	151,5	120,687	119,368	79,66%	78,79%	98,91%
Acesso a medicamentos e tecnologias de saúde, e reforço da capacidade de regulamentação	145,5	155,026	141,931	106,55%	97,55%	91,55%
Sistemas de informação e evidências em saúde	108,4	120,739	99,821	111,38%	92,09%	82,68%
Categoria 5 - Preparo, vigilância e resposta						
Capacidade de alerta e resposta	98	86,405	80,195	88,17%	81,83%	92,81%
Doenças epidêmicas e pandêmicas	68,5	80,199	76,615	117,08%	111,85%	95,53%
Gestão de risco e crise de emergência	88	89,804	87,21	102,05%	99,10%	97,11%
Segurança alimentar	32,5	22,907	21,707	70,48%	66,79%	94,76%
Novo formato - <i>Who Health Emergencie Programme</i>						
Administração de perigo infeccioso	-	-	-	-	-	-
A preparação sanitária do país para emergências e o Regulamento Sanitário Internacional (2005)	-	-	-	-	-	-
Informação em emergência sanitária e avaliação de risco	-	-	-	-	-	-
Operações em emergência	-	-	-	-	-	-
Serviços centrais de emergência	-	-	-	-	-	-
Categoria 6 - Serviços corporativos/funções de habilitação						
Liderança e governança	227,7	199,897	197,244	87,79%	86,62%	98,67%
Transparência, responsabilidade e gestão de riscos	50,4	29,901	31,404	59,33%	62,31%	105,03%

Planejamento estratégico, coordenação de recursos e relatórios	34,5	31,572	30,928	91,51%	89,65%	97,96%
Gestão e administração	473,3	487,223	462,572	102,94%	97,73%	94,94%
Comunicações estratégicas	37,1	39,732	39,017	107,09%	105,17%	98,20%
Orçamento	2016-2017					
Programas de área	Aprovado (em milhões de dólares)	Disponível (em milhões de dólares)	Gasto (em milhões de dólares)	Disponível em relação ao aprovado	Gasto em relação ao aprovado	Gasto em relação ao disponível
Categoria 1 - Doenças Transmissíveis						
HV e Hepatites	141	116	111	82,27%	78,72%	95,69%
Tuberculose	118	102	94	86,44%	79,66%	92,16%
Malária	122	97	86	79,51%	70,49%	88,66%
Doenças tropicais negligenciadas	104	102	92	98,08%	88,46%	90,20%
<i>UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases</i>	49	37	36	75,51%	73,47%	97,30%
Doenças preveníveis por vacina	281	284	244	101,07%	86,83%	85,92%
Resistência Antimicrobiana	19	19	18	100,00%	94,74%	94,74%
Categoria 2 - Doenças Não-Transmissíveis						
Doenças Não-Transmissíveis	198	135	128	68,18%	64,65%	94,81%
Saúde Mental e Abuso de Substâncias	46	34	30	73,91%	65,22%	88,24%
Violência e ferimentos	34	23	24	67,65%	70,59%	104,35%
Deficiência e reabilitação	17	12	11	70,59%	64,71%	91,67%
Nutrição	45	37	34	82,22%	75,56%	91,89%
Segurança alimentar	36	21	21	58,33%	58,33%	100,00%
Categoria 3 - Promovendo a saúde através do curso de vida						
Saúde reprodutiva, materna, do recém-nascido, da criança e do adolescente	206	202	184	98,06%	89,32%	91,09%
<i>Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP)</i>	43	69	62	160,47%		89,86%
Envelhecimento e saúde	14	10	10	71,43%	71,43%	100,00%
Gênero, equidade e integrações	16	11	11	68,75%		100,00%

direitos humanos						
Determinantes sociais da saúde	36	17	16	47,22%		94,12%
Saúde e meio ambiente	110	81	79	73,64%	71,82%	97,53%
Equidade, determinantes sociais, igualdade de gênero e direitos humanos	-	-	-	-	-	-
Categoria 4 - Sistemas de Saúde						
Saúde nacional políticas, estratégias e planos	142	140	126	98,59%	88,73%	90,00%
Serviços integrados de saúde centrados nas pessoas	157	139	125	88,54%	79,62%	89,93%
Acesso a medicamentos e tecnologias de saúde, e reforço da capacidade de regulamentação	172	163	147	94,77%	85,47%	90,18%
Sistemas de informação e evidências em saúde	124	104	96	83,87%	77,42%	92,31%
Categoria 5 - Preparo, vigilância e resposta						
Capacidade de alerta e resposta				-	-	-
Doenças epidêmicas e pandêmicas				-	-	-
Gestão de risco e crise de emergência				-	-	-
Segurança alimentar				-	-	-
Novo formato - Who Health Emergencie Programme						
Administração de perigo infeccioso	107	70	67	65,42%	62,62%	95,71%
A preparação sanitária do país para emergências e o Regulamento Sanitário Internacional (2005)	138	87	81	63,04%	58,70%	93,10%
Informação em emergência sanitária e avaliação de risco	60	35	34	58,33%	56,67%	97,14%
Operações em emergência	121	108	102	89,26%	84,30%	94,44%
Serviços centrais de emergência	59	53	47	89,83%	79,66%	88,68%
Categoria 6 - Serviços corporativos/funções de habilitação						
Liderança e governança	223	209	203	93,72%	91,03%	97,13%
Transparência, responsabilidade e gestão	57	37	37	64,91%	64,91%	100,00%

de riscos						
Planejamento estratégico, coordenação de recursos e relatórios	41	31	31	75,61%	75,61%	100,00%
Gestão e administração	373	362	352	97,05%	94,37%	97,24%
Comunicações estratégicas	40	39	39	97,50%	97,50%	100,00%
Orçamento	2018-2019					
Programas de área	Aprovado	Disponível	Gasto	Disponível em relação ao aprovado	Gasto em relação ao aprovado	Gasto em relação ao disponível
Categoria 1 - Doenças Transmissíveis						
HV e Hepatites	144,7	122,7	112,3	84,80%	77,61%	91,52%
Tuberculose	123,9	115,3	108,7	93,06%	87,73%	94,28%
Malária	115,8	90,6	87,2	78,24%	75,30%	96,25%
Doenças tropicais negligenciadas	107,3	101,2	83,1	94,32%	77,45%	82,11%
<i>UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases</i>	-	-	-	-	-	-
Doenças preveníveis por vacina	272	428,9	367,4	157,68%	135,07%	85,66%
Resistência Antimicrobiana	41,7	47	41,6	112,71%	99,76%	88,51%
Categoria 2 - Doenças Não-Transmissíveis						
Doenças Não-Transmissíveis	179	153,1	139,7	85,53%	78,04%	91,25%
Saúde Mental e Abuso de Substâncias	47	39,9	38,7	84,89%	82,34%	96,99%
Violência e ferimentos	30,4	25,6	21,7	84,21%	71,38%	84,77%
Deficiência e reabilitação	16,5	14,3	13,8	86,67%	83,64%	96,50%
Nutrição	46,5	36,4	34,5	78,28%	74,19%	94,78%
Segurança alimentar	32	19,2	19,9	60,00%	62,19%	103,65%
Categoria 3 - Promovendo a saúde através do curso de vida						
Saúde reprodutiva, materna, do recém-nascido, da criança e do adolescente	211,3	183	166,7	86,61%	78,89%	91,09%
<i>Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP)</i>	-			-		-
Envelhecimento e saúde	14,9	11,4	10,5	76,51%	70,47%	92,11%
Gênero, equidade e integração	-			-		-

dos direitos humanos						
Determinantes sociais da saúde	-			-		-
Saúde e meio ambiente	107,6	90,2	81,8	83,83%	76,02%	90,69%
Equidade, determinantes sociais, igualdade de gênero e direitos humanos	50,5	33,6	33	66,53%	65,35%	98,21%
Categoria 4 - Sistemas de Saúde						
Saúde nacional políticas, estratégias e planos	142,7	166,3	143,1	116,54%	100,28%	86,05%
Serviços integrados de saúde centrados nas pessoas	155,9	152,5	145,2	97,82%	93,14%	95,21%
Acesso a medicamentos e tecnologias de saúde, e reforço da capacidade de regulamentação	167,9	173	156	103,04%	92,91%	90,17%
Sistemas de informação e evidências em saúde	123	123,7	113,7	100,57%	92,44%	91,92%
Categoria 5 - Preparo, vigilância e resposta						
Capacidade de alerta e resposta	-	-	-	-	-	-
Doenças epidêmicas e pandêmicas	-	-	-	-	-	-
Gestão de risco e crise de emergência	-	-	-	-	-	-
Segurança alimentar	-	-	-	-	-	-
Novo formato - Who Health Emergencie Programme						
Administração de perigo infeccioso	93,8	79,2	69,9	84,43%	74,52%	88,26%
A preparação sanitária do país para emergências e o Regulamento Sanitário Internacional (2005)	146,8	133,1	124,7	90,67%	84,95%	93,69%
Informação em emergência sanitária e avaliação de risco	63,5	41,8	45,8	65,83%	72,13%	109,57%
Operações em emergência	154	119,3	114,3	77,47%	74,22%	95,81%
Serviços centrais de emergência	96,1	86,1	68,6	89,59%	71,38%	79,67%
Categoria 6 - Serviços corporativos/funções de habilitação						
Liderança e governança	224,2	230,8	216,2	102,94%	96,43%	93,67%
Transparência, responsabilidade	54,2	45,5	24,7	83,95%	45,57%	54,29%

e gestão de riscos						
Planejamento estratégico, coordenação de recursos e relatórios	38,7	37,5	39,4	96,90%	101,81%	105,07%
Gestão e administração	354,5	356	353,1	100,42%	99,61%	99,19%
Comunicações estratégicas	43,9	41,5	39,9	94,53%	90,89%	96,14%

APÊNDICE D – Contribuições voluntárias por doador e fundo (2014-2019)

Fundos (US\$)	Conta Principal de Contribuições Voluntárias (CVCA)	Outras contribuições voluntárias - <i>core</i>	Contribuições voluntárias - especificadas	Programas Especiais e Arranjos Colaborativos (Poliomielite)	Resposta a Surtos e Crise	Fundos de Contingência para Emergências	Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Capacitação em Reprodução Humana	Programa Especial para Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais	Receita Total
[2014]	116092912	11233268	862015410	-	-	-	18713557	22722024	1032868359
[2015]	102622648	9892803	862657187	-	-	14296219	17695850	13114365	1020279072
[2016]	81351636	32057237	364406745	241878350	154266984	18089886	13988729	14280199	920319765
[2017]	67060782	13724246	394046662	285009298	228610195	12988202	23311619	15798543	1040549547
[2018]	88877933	91771137	372332203	228210166	293163237	39985271	26945736	23430864	1164716548
[2019]	92252793	75774865	333768435	263505180	354522079	51257353	12469424	10773271	1194323400
Total	548258704	234453556	3189226642	1018602994	1030562495	136616931	113124915	100119266	
AUSTRALIA [2014]	18552876	-	-	-	-	-	-	-	49795934
[2015]	15665399	-	21026935	-	-	-	-	-	36692334
[2016]	9523810	-	7512841	22235055	388888	-	-	-	39660593
[2017]	9483364	-	9832444	2349256	398406	-	-	-	22063471
[2018]	9342403	10851821	7588581	4298215		3044140	-	-	35125160
[2019]	8828572	16949	3541495		691085	353857	-	-	13431958
Total	71396424	10868770	49502296	28882526	1478379	3397997	-	-	196769450
CANADA	-	-	79.796.770	0	-	-	-	-	79.796.770

[2014]									
[2015]	-	-	46.428.476	0	-	-	-	-	47.158.403
[2016]	-	-	19.738.656	18.598.894	262.172		-	-	38.599.722
[2017]	-	-	14.294.740	18.615.400	751.880	751.880	-	-	20.399.999
[2018]	-	-	7.053.132	19.114.048	2.723.756	753.012	-	-	29.643.948
[2019]	-	-	7 064 261	19 380 585	2 003 672	741.290	-		29.189.807
Total			167.311.774	56.328.342	3.737.808	2.246.182			244.788.649
GERMANY [2014]	-	0	46.703.498	0	0	0	0	814.111	47 517 610
[2015]	-	0	5.538.015	0	0	1.096.491	0	816.993	7 451 499
[2016]	-	0	14.344.518	19.250.369	1.673.668	3.728.495	0	665.927	39 662 977
[2017]	59 242	38.423.016	20.399.999	20.399.999	20.237.069	9.876.114	45.200	901.442	89 942 082
[2018]	-	64.409.154	6.592.770	28.705.515	37.025.715	16.929.296	-	875.798	154 538 249
[2019]	-	57.623.052	5.653.106	48.542.802	14.917.137	15.405.510	-	1.016.387	143 157 993
Total	52.242	160455222	99.231.906	116898685	73853589	47035906	45200	5.090.658	
JAPAN [2014]	-	-	30444627	-	-	-	-	270000	30 714 627
[2015]	-	-	30433764	-	-	-	-	-	30 633 764
[2016]	-	25.000.000	10483323	100000	21550000	10833800	-	280000	68 247 123
[2017]	-	-	20332714	100000	26013354	-	-	280000	46 726 068
[2018]	-	-	59675570	3361258	23279208	-	-	200000	86 516 036
[2019]	-	-	13324541	268317	18970456	22055108	-	100000	54 718 422
Total	-	-	164694539	3829575	89813018	32888908	-	1130000	-
NETHERLAND S [2014]	5980978	-	13005376	-	-	-	5650000	-	24 636 354

[2015]	5980979	-	6501496	-	-	-	5650000	-	18 132 475
[2016]	5980978	-	12236942			896739	3840000		22 954 659
[2017]	5980978	-	6666095			185775	7460000		20 292 848
[2018]	5002273	-	11296095			1165501	6340520		23 804 389
[2019]	5000000	-	10657041			2352941	5650000		23 659 982
Total	33926186	-	60363045			4600956	34590520		
NORWAY [2014]	9168256	-	35683695				2756637	2200381	49 808 970
[2015]	5590866	-	33428117						41 961 543
[2016]	5892156	70093	3853522	5951672	12192042		1547435	952268	30 459 188
[2017]	7385431	72895	11301556	6312334	14286904		1893700	378740	41 631 561
[2018]	14290819	70249	7465005		16987726	1253761	1190902	357270	41 615 733
[2019]	12998267	2881686	13360423		11411501	1173434	1353986	324957	43 504 254
Total	55325795	3094923	105092318	12264006	54878173	2427195	8742660	4213616	
REPUBLIC OF KOREA [2014]	-	3589496	16843428						20 432 924
[2015]	-	3740878	7954240						11 695 118
[2016]	-	4437770	10993171		700000				16 130 941
[2017]	-	4399850	15294395	1000000	4376915	1015192			26 086 352
[2018]	-	4370011	19192778	500000	2000000	2000000			28 062 789
[2019]	-	3865810	19017682		1716928				24 600 419
Total	-	24403815	89295694	1500000	8793843	3015192			
SWEDEN [2014]	24422735	749353	13565944				4588514	5180580	48 507 127

[2015]	28359311	28359311	943528						35 597 496
[2016]	25878434		455494			1159555	2635835	4031277	34 160 596
[2017]	12520447		1175809				8328157	5649772	27 674 186
[2018]	17648356		240016		3953909	4412089	11772429	11167760	49 194 558
[2019]	17740326		1246915		7547056	1028383	891453	471945	28 926 078
Total	102146874	28359311	4061762		11500965	6600027	28216388	26501334	
UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND [2014]	24.248.577		121084960				3664123	3816793	155 129 268
[2015]	21895884		156864701			9436834	3664122	3816794	195 678 335
[2016]	18.125.000		51066586	36625090	21308871		3664122	3053435	133 843 104
[2017]	18.438.573	6711408	36115276	75881155	18097558	1100000	3664122	3726383	163 734 474
[2018]	31.744.488	6711410	52289473	60686016	36380596	5641749	6067813	5740861	205 262 406
[2019]	32.982.310	8079347	49958720	43535620	68185811	5235602	2877854	4567023	215 422 287
Total	147.434.832	21502165	467379716	216727881	143972836	21414185	23602156	24721289	
UNITED STATES OF AMERICA [2014]	-		299443006				844350	608076	300 671 805
[2015]	-		304890489				247175	607175	305 744 839
[2016]	-		169089776	90641308	62917997		879512	628103	324 156 696
[2017]	-		172683699	106089211	120506052		575617	1254350	401 108 929
[2018]	-		132951856	70243619	77128605		41904	697175	281 063 159

[2015]	-							25000
[2016]	-							25000
[2017]	-							0
[2018]	-		331700		23760203			24 091 903
[2019]	-				40037800			40 037 800
Total	-				63798003			
United Arab Emirates [2014]	-		6200000					6200000
[2015]	-		13160000					13160000
[2016]	-			18421836				18421838
[2017]	-			18740898				18740898
[2018]	-			28170861	400000			28570861
[2019]	-			15531958	10400000			25931958
Total	-		19360000	80865553	10800000			111025555
AFRICAN DEVELOPMENT BANK GROUP [2014]	-		31460986					31 460 986
[2015]	-		19105011					19 105 011
[2016]	-		308000		13314299			13 622 299
[2017]	-		38500		3052349			3 090 849
[2018]	-				2947651			2 947 651
Total	-		50912497		19314299			
BILL & MELINDA GATES	-		253658387			1924568	938282	256 521 237

FOUNDATION [2014]									
[2015]	-		181820644				1484778	1967103	185 272 525
[2016]	-		94819101	170041139	5417796		5417796	2080582	36 625 090
[2017]	-		94870611	224439804			4005577	1338325	324 654 317
[2018]	-		99051511	112211972	12000000		3738560	1968153	228 970 196
[2019]	-		104811438	115754932	4000000			1771434	226 337 804
Total	-		829031692	622447847	21417796		16571279	10063879	
EUROPEAN COMMISSION [2014]	-		56683493					1 955 769	58 639 262
[2015]	-		45637006						45 637 006
[2016]	-		13193404	1683502	30594307			101 944	45 573 156
[2017]	-		28458531	8865046	44632458				81 956 035
[2018]	-		17182834	7246662	48812727				73 242 222
[2019]	-	88 636 362	6280967		45090862				140 008 191
Total	-		167436235	17795210	169130354				
GAVI ALLIANCE [2014]	-		127754707						127 754 707
[2015]	-		126421673						126 421 673
[2016]	-		70866364	4553963					75 420 327
[2017]	-		121164226	2516130	9684695				133 365 051
[2018]	-		140356949	4125143	14063872				158 545 964
[2019]	-		193716173		36404475				230 120 648

Total	-		780280092	11195236	60153042			
GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA - (GFATM) [2014]	-		25055335					25 055 335
[2015]	-		1382490					1 382 490
[2016]	-		2469931					2 469 931
[2017]	-		16170654					16 170 654
[2018]	-		14320196			449 400		14 769 596
[2019]	-		15718411					
Total	-		75117017					
NATIONAL PHILANTHROPIC TRUST (NPT) [2014]	-		22700000					22 700 000
[2015]	-		86252168					86 252 168
[2016]	-			66650000				66 650 000
[2017]	-			37867000				37 867 000
[2018]	-			85820188				85 820 188
[2019]	-			30096016				30 096 016
Total	-		108952168	220433204				
ROTARY INTERNATIONAL [2014]	-		66516459					66 516 459

[2015]	-		56302924					56 302 924
[2016]	-			52842093				52 842 093
[2017]	-			62111937				62 111 937
[2018]	-			81429465				81 429 465
[2019]	--			86559824				86 559 824
Total	-		122819383	282943319				
UNITED NATIONS CENTRAL EMERGENCY RESPONSE FUND (CERF) [2014]	--		43130386					43 130 386
[2015]	-		42219954					42 219 954
[2016]	-				44096161			44 096 161
[2017]	-				28315905			28 315 905
[2018]	-				49176222			49 176 222
[2019]	-				51110769			
Total	-		85350340		172699057			
UNITED NATIONS DEVELOPME NT PROGRAMME (UNDP) [2014]	-		55893741				564902	56 458 643
[2015]	-		42219954				474902	47 221 524
[2016]	-		11520380		8047775		1194604	20 762 760

[2017]	-		7253527	257464	10740949			18 251 940
[2018]	-		19022103	1966682	8207506		1061400	30 257 691
[2019]	-		7283491		8512713		980000	
Total	-		143193196	2224146	35508943		4275808	
UNITED NATIONS FUND FOR INTERNATIONAL PARTNERSHIPS (UNFIP) [2014]	-		26403792			705472		27 109 264
[2015]	-		19276440			705687		19 982 127
[2016]	-							0
[2017]	-		8491922					8 491 922
[2018]	-		1555730	810000				2 365 730
[2019]	-		2212891	405000				
Total	-		57940775	1215000		1411159		
UNITED NATIONS OFFICE FOR THE COORDINATION OF HUMANITARIAN AFFAIRS (UNOCHA) [2014]	-		53 307 400					53 307 400
[2015]	-		5 509 649					5 509 649

[2016]					31334222			31 334 222
[2017]					29278343			29 278 343
[2018]					135922608			135 922 608
[2019]					149745190			149 745 190
Total					346280363			
United Nations Population Fund (UNFPA) [2014]			10716347					30 723 860
[2015]			30723860					
[2016]			6110972					6 110 972
[2017]			1778734			255000		
[2018]			6199960			304888		6 504 848
[2019]		50000	8164241			644760		
Total			63694114			1204648		
UNITAID [2014]			11549069					
[2015]			14923517					
[2016]			18013206					
[2017]			29919017					29 919 017
[2018]			19688301					19 688 301
[2019]			20296997					20 296 997
Total			114390107					
World Bank [2014]			1335000			1200000	1250000	
[2015]			1100000			1200000		

[2016]			1000000					
[2017]					145568331			145 568 331
[2018]			1375661		19181000			
[2019]			4487470		69518284			74 005 754
Total			9298131		234267615		2400000	
King Salman Humanitarian Aid & Relief Center, KSrelief [2017]					11205905			
[2018]					24550428			24 550 428
[2019]					18247734			
Total					54004067			
Susan Thompson Buffett Foundation [2019]			255 380				25 000 000	50 255 380