

UNIVERSIDADE
Jobro

OUTRAS
EXPRESSIONES



O caso da pandemia de gripe A(H1N1)

DIREITO E SAÚDE GLOBAL

DEISY VENTURA

DIREITOS
E LUTAS
SOCIAIS

DEISY VENTURA

DIREITO E SAÚDE GLOBAL

O caso da pandemia de gripe A (H1N1)

Prefácio

Sueli Gandolfi Dallari



dobra
UNIVERSITÁRIO

COLEÇÃO DIREITOS E LUTAS SOCIAIS

Uma parceria Outras Expressões e Dobra Editorial

COORDENAÇÃO

Deisy Ventura
Fabiana Severi
Juvelino Strozake
Renan Quinalha
Tarso de Melo

CONSELHO EDITORIAL

Alaôr Caffé Alves
Alysson Leandro Mascaro
Antonio Alberto Machado
Aton Fon Filho
Carlos Frederico Marés
Eduardo C. B. Bittar
Elmano Freitas
Flavia Carlet
Gilberto Bercovici
Jacques Távora Alfonsin
Jean Kenjje Uema
Jorge Luiz Souto Maior
José Carlos Moreira da Silva Filho
José Carlos Garcia
José do Carmo Siqueira
Luiz Edson Fachin
Marcus Orione Gonçalves Correia
Martonio Mont'Alverne Barreto Lima
Nilo Batista
Paulo Abrão
Prudente José Silveira de Mello
Sergio Mazina
Sérgio Salomão Shecaira
Suzana Angélica Paim Figueiredo
Rita Amaral | Juliano Carlos Bilda

REVISÃO

IMAGEM DA CAPA
Davor Veselinovic | lxxc.hu

**EXPRESSÃO POPULAR/
OUTRAS EXPRESSÕES**
Rua Abolição, 201 • Bela Vista • São Paulo • SP • 01319-010
Tel: 11 3522-7516 • 11 3105-9500 • Fax: 11 3112-0941
livraria@expressaopopular.com.br
expressaopopular.com.br
editora.expressaopopular.com.br

DOBRA EDITORIAL

Rua Domingos de Morais, 1039 • conj. 2 • Vila Mariana
São Paulo • SP • 04009-002 • Tel. 11 5083-5090
www.dobraeditorial.com.br

Copyright © 2013

Outras Expressões • Dobra Editorial.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser
utilizada ou reproduzida sem a autorização das editoras.

Ventura, Deisy
Direito e saúde global – O caso da pandemia de
gripe A (H1N1) / Deisy Ventura – São Paulo : Outras
Expressões; Dobra Editorial, 2013. 288 p. 14x21 cm
ISBN 978-85-64421-53-0
ISBN 978-85-8282-009-4

1. Justiça. 2. Direitos Sociais. 3. Saúde Global. I. Título.
CDD 340

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES • 9

PREFÁCIO | Sueli Gandolfi Dallari • 11

NOTA E AGRADECIMENTOS • 17

INTRODUÇÃO • 23

PARTE I – DA EMERGÊNCIA DE UM DIREITO... • 45

1 A CRIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE • 49

1.1 A epidemia é o homem • 49

1.2 As origens da “saúde internacional” • 61

1.3 O surgimento da OMS • 65

1.4 A Constituição da OMS • 74

2 A DINÂMICA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE • 89

2.1 As funções da OMS • 89

2.2 A normatividade tradicional da OMS • 97

2.3 A “soft law” da OMS • 100

2.4 A reforma da OMS • 109

2.5 A participação das ONGs • 123

PARTE II – ...AO DIREITO DA EMERGÊNCIA • 133

3 O PROCESSO DE ELABORAÇÃO • 137

3.1 O poder regulamentar das organizações internacionais • 137

3.2 O poder regulamentar da OMS • 142

- 3.3 Os primeiros Regulamentos Sanitários Internacionais • 147
- 3.4 O novo RSI (2005) • 155
- 3.5 O mecanismo de "opting out" • 158
- 3.6 A engrenagem transversal do RSI (2005) • 161
- 3.7 A primeira ESPII • 165
- 3.8 A pandemia no Brasil • 178
- 4 O CONTROLE DA APLICAÇÃO • 199
 - 4.1 O Comitê de Emergências • 200
 - 4.2 O que é um Comitê de Revisão? • 206
 - 4.3 O primeiro Comitê de Revisão do RSI • 208
 - 4.4 Um Comitê independente? • 220
 - 4.5 Um Comitê-escudo? • 225
 - 4.6 A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa • 238
 - 4.7 A Comissão Parlamentar do Senado francês • 240

CONSIDERAÇÕES FINAIS • 251

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS • 261

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura n. 1 A Peste de Ashdod, de Nicolas Poussin (1630-1631)
- Figura n. 2 Doutor Schnabel de Roma, de Paul Fürst (1656)
- Figura n. 3 Matança de judeus, de Michael Wolgemut e Wilhelm Pleydenwurff (1493)
- Figura n. 4 Bonaparte visitando os pestilentos de Jaffa em 11 de março de 1799, de Antoine-Jean Gros (1804)
- Figura n. 5 Conspiraciones, de J. R. Mora (26/04/2009)
- Figura n. 6 El mundo es un pañuelo, de Pedro X. Molina (06/05/2009)
- Figura n. 7 Influenza A(H1N1) declarada pandemia mundial, de Pedro X. Molina (12/06/2009)
- Figura n. 8 A pandemia foi um fracasso, El Roto (07/11/2009)
- Figura n. 9 Desculpem o negócio que montamos, El Roto (12/12/2009)
- Gráfico n. 1 Evolução do poder de compra ponderado da OMS (2000 a 2010)
- Gráfico n. 2 Evolução das contribuições fixas e voluntárias de 1998-2013
- Gráfico n. 3 Média de idade de casos humanos da influenza A(H1N1) notificados à OMS, por país
- Tabela n. 1 Composição atual do Conselho Executivo
- Tabela n. 2 Diretores da OMS
- Tabela n. 3 Temática dos Relatórios Mundiais da Saúde
- Tabela n. 4 Estrutura da sede da OMS
- Tabela n. 5 Distribuição do pessoal da OMS e supressões de postos atuais e futuros
- Tabela n. 6 Tratados concluídos sobre doenças infecciosas entre 1892-1951
- Tabela n. 7 Conceito de pandemia implícito nos documentos de resposta da OMS
- Tabela n. 8 Períodos e fases dos documentos de resposta da OMS
- Tabela n. 9 Perfil dos Membros do Comitê de Revisão
- Tabela n. 10 Recomendações do Comitê de Revisão, por responsáveis e prazo de execução

- Mapa n. 1 Distribuição dos escritórios da OMS no mundo
- Mapa n. 2 Distribuição dos casos confirmados de infecção humana pelo A(H1N1) relatados à OMS, por país
- Mapa n. 3 Países, territórios e zonas que notificaram casos confirmados em laboratório e número de mortos (15/08/2010)

PREFÁCIO

Prefaciar Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A(H1N1) é um enorme prazer por várias razões e talvez seja justo começar pela mais prosaica: constatar o reconhecimento do direito sanitário na universidade brasileira. E aqui se trata do mais perfeito reconhecimento, pois envolve tanto o campo jurídico quanto o sanitário, em perspectiva tanto nacional quanto internacional, sob o manto das relações internacionais.

Com efeito, já em 1975, Bourdieu introduziu a noção de campo científico, ou seja, o espaço relativamente autônomo no qual se inserem os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a ciência. Essa compreensão do campo científico permite que se supere a alternativa entre “*ciência pura*, totalmente livre de toda necessidade social e *ciência aplicada*, sujeita a todas as exigências político-econômicas”. Tal mudança de paradigma, uma revolução científica, aconteceu, segundo Kuhn, porque os especialistas não podiam mais ignorar as anomalias que corrompem a tradição estabelecida pela prática científica, dando, assim, origem “a investigações extraordinárias que os conduzem finalmente a um novo conjunto de convicções”. É exatamente o que acontecia com a chamada “árvore do conhecimento” humano. Tomando-se

1 Cf. Bourdieu, P. *Les usages sociaux de la science*. Paris: INRA, 1997.

2 Cf. Kuhn, T. S. *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion, 1983, p. 23.

o direito como exemplo, pode-se verificar num exame ainda que superficial da doutrina sobre a classificação dos chamados “ramos do direito”, que ela se aplica apenas ao direito compreendido como um objeto. É o sistema de normas jurídicas que admite sejam divididos seus componentes em diversas partes. Ora, todas as classificações dependem do interesse ou da necessidade do estudioso e a elas não se aplica o qualificativo de falso ou verdadeiro, uma vez que são, somente, úteis ou inúteis. Tradicionalmente os estudos dos sistemas jurídicos consideraram útil sua divisão em partes bem discriminadas. A primeira divisão, sempre recordada, data dos romanos, que o dividiram em direito público e privado³. Entretanto, os mesmos autores que argumentam com a conveniência de tal método para tratar adequadamente seu objeto de estudo verificam o aparecimento de “ramos” que não são ou públicos ou privados, mas “baseados em normas parcialmente públicas e parcialmente privadas.”⁴ Identifica-se, assim, uma crítica séria à classificação proposta, uma vez que dirigida exatamente à sua utilidade. A maior crítica à árvore do conhecimento humano foi trazida por Popper, no início dos anos 1960. Em uma conferência na Universidade de Oxford, ele explicava que o crescimento do conhecimento humano tem uma estrutura extremamente diferente e que sendo obrigado a manter a metáfora da árvore, teria que “representar a árvore do conhecimento como que brotando de incontáveis raízes que crescem no ar em vez de embaixo e que, no fim das contas, tendem a unir-se num tronco comum”⁵. Pode-se dizer que essa teoria é ainda a que melhor explica o

3 Veja-se, entre outros, Reale, M. *Lições preliminares de direito*. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 1976, p. 335 e s., ou Telles Jr., G. *Iniciação na ciência do direito*. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 231 e s.

4 Essa observação de Maria Sylvia Zanella Di Pietro (*Direito administrativo*. 12.ed. São Paulo: Atlas, 2000, p. 24) tratando do direito administrativo é apenas um exemplo, entre vários outros que poderiam ser citados.

5 Cf. Popper, K. R. *Conhecimento objetivo: uma abordagem evolucionária*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1975, p. 240.

conhecimento humano, levando o professor Boaventura de Souza Santos, por exemplo, a afirmar que “no paradigma emergente o conhecimento é total”⁶.

Ora, o direito sanitário representa, sem qualquer dúvida, uma evidência da mudança de paradigma no campo do direito. Com efeito, para sua definição tanto é necessária a discussão filosófica ou sociológica que permite afirmar a saúde como um direito (abarcando seus aspectos individuais, os coletivos e, igualmente, aqueles difusos, derivados do desenvolvimento social), como é indispensável que se dominem os instrumentos adjetivos que possibilitam a realização efetiva do direito à saúde. Pode-se, portanto, afirmar que o direito sanitário expressa um subcampo do conhecimento científico – dotado de leis próprias, derivadas dos agentes e instituições que o caracterizam – que facilita a superação da divisão (hoje inconveniente) entre ciência pura e aplicada. E sendo assim, o estudo de caso é certamente um procedimento metodológico que bem se aplica ao seu estudo. Dificilmente se poderia imaginar algo melhor para compreensão do direito internacional sanitário na atualidade do que o estudo do caso da pandemia de gripe A(H1N1).

Além disso, o direito sanitário, exatamente por caracterizar-se como um campo científico onde as fronteiras entre a ciência pura e a aplicada são absolutamente permeáveis, traz novas questões para o funcionamento do direito, tal como o papel crucial da peritagem, (já bem analisado em *Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A(H1N1)*). Com efeito, observa-se agora que o crescimento zero, o imperativo ecológico e a prevenção calculada dos riscos cada vez mais diversos passam a ter praticamente o mesmo significado, todos limitados pela impossibilidade do controle dos efeitos da atividade socialmente organizada. Desde os anos 1980 apareceram outros conceitos, que suplantavam o alcance do conceito de risco, como: ameaça, perigo, acaso etc., tendo ficado evidente

6 Cf. Santos, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1992.

que a inquietação social dizia respeito a algo diferente daquilo para o que os “riscólogos” oferecem tratamento. Nesse momento Denis Duclos⁷ constatou que, durante longo tempo, houve uma disjunção entre a ciência da descoberta e a ciência do diagnóstico, chamada perícia. Assim, não se questionavam as falhas de uma técnica insuficiente, e mais – o que foi mais importante para manter oculto o envolvimento da ciência nas catástrofes – não se comentavam os erros ou os comportamentos aventureiros do desenvolvimento científico. Ele exemplifica tal comportamento com o mapa da disseminação das doenças infecciosas na África, que recobre quase exatamente aquele da luta contra a varíola. Havia, certamente, um temor reverencial com relação à instituição científica, base de toda a modernidade e da prosperidade que lhe foi associada.

Hoje, no começo do século XXI, a humanidade se encontra face ao retorno agressivo do julgamento moral ou disciplinar. Para esconder as falhas do risco tecnológico, procura-se trabalhar na avaliação da gravidade de um evento nefasto muito bem identificado. Os debates sociais enfatizam os aspectos individuais e se desenvolvem “reflexos coletivos análogos à fobia: sexo seguro ou horror à carne vermelha”. Vive-se sob o signo da ética do medo. É necessário perceber, contudo, que o que se esconde efetivamente atrás do risco tecnológico é a enorme divisão do trabalho social, que corrrompe a base de solidariedade orgânica que vinha sendo construída na modernidade. De fato, falar em prevenção de riscos nos domínios técnicos implica, além de testes severos de confiabilidade dos componentes, isolar as “causas” determinantes de possíveis acidentes “que podem ser controladas”. Esconde-se, assim, que a fixação do limite de risco tolerável – que é necessariamente arbitrário – depende da valorização de aspectos econômicos, políticos e sociais, uma vez que o risco

7 Duclos, D. “Puissance et faiblesse du concept de risque”, *L'Année sociologique*, v. 46/1996 (2), p. 309-337.

envolve atividades que se realizam no espaço social e que são o resultado da colaboração social. Desse modo, quem decide que determinado evento natural (que possa ser quantificado) numa atividade social se transforme num risco, decide eticamente, ponderando valores. Vale dizer: tanto o evento que origina o risco é social quanto a sua percepção é pública. Assim, é necessário encontrar na própria vida moral a fonte conjunta dos riscos sociais e da proteção pública. É apenas um consenso político que pode determinar o limite entre a proteção pública, as escolhas individuais de prevenção ou de defesa, e as convenções sociais⁸. Ou seja, seria mais eficiente, considerando a natureza eminentemente política da proteção necessariamente pública contra os riscos comuns, reconhecer que as decisões não podem ser delegadas para os cientistas, que não devem assumir profissionalmente a incerteza inerente às escolhas dos governantes e de seus serviços. É o caso da pandemia de gripe A(H1N1) – que provocou uma investigação promovida pela própria Organização Mundial da Saúde, por meio da convocação de um Comitê de Revisão e duas investigações promovidas por comissões parlamentares de inquérito: a da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa e a do Senado francês, aqui tão bem discutidas – exemplifica perfeitamente a necessidade de ampliar a discussão a respeito do papel da perícia na afirmação do direito contemporâneo.

A maior razão do grande prazer que sinto ao prefaciar *Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A(H1N1)*, contudo, é ser essa obra originada da tese apresentada por Deisy Ventura ao concurso de Livre-docência em direito internacional do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI/USP), significando que sua autora segue conquistando os louros acadêmicos, que reconhecem sua seriedade, competência e comprometimento profissional. Em suma, é verdadeiramente prazeroso poder

8 Worms, P. “Risques communs, protection publique et sentiment de justice”, *L'Année sociologique*, v. 46/1996(2), p. 287-307.

desfrutar da companhia intelectual de Deisy Ventura, o que todos poderão constatar com o tratamento competente dado ao *Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A(H1N1)* e também com a elegância do texto. Boa leitura!

São Paulo, 5 de novembro de 2012.

Sueli Gandolfi Dallari – Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

NOTA E AGRADECIMENTOS

Este livro corresponde à tese que submeti ao concurso de Livre-docência em direito internacional do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI/USP), com modificações na estrutura do sumário, atualizações e acréscimos. Trata-se de uma primeira topografia do terreno que pretendo pesquisar nos próximos anos. Devo a publicação deste trabalho à confiança e ao incentivo dos colegas de nossa jovem coleção *Direitos e Lutas Sociais*, das editoras Dobra e Expressão Popular.

A pesquisa aqui relatada foi feita graças ao *Global South Scholar-in-Residence Programme*, do Instituto de Altos Estudos Internacionais e do Desenvolvimento (IHEID) de Genebra. Como uma das beneficiárias da primeira edição daquele programa (no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011), agradeço aos seus patrocinadores e à Direção do Instituto pela valiosa oportunidade, fazendo nota, em particular, do apoio de Laurence Algarra. Louvo também a generosa acolhida do Departamento de Direito Internacional do IHEID, em especial o acompanhamento e a amizade de Marcelo Gustavo Kohen. Agradeço, ainda, a companhia enriquecedora de Chioma Ebeniro e Meibo Huang, colegas no IHEID, oriundas respectivamente da China e da Nigéria, no âmbito do mesmo programa; e o convívio com as doutorandas Elise Hansbury e Melanie Wahl. Sou grata a Ricardo Seitenfus e a Olivier Dabène, que encorajaram minha candidatura. A Nicolas Autet, agradeço a amiga e paciente revisão de meu dossiê.

Registro, com gratidão, que meus estudos não teriam prosperado sem a interlocução de Laurence Boisson de Chazournes, da Universidade de Genebra.

Embora não referidas nesta tese, foram também de grande valor para a minha compreensão do tema as entrevistas exploratórias realizadas na sede da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), em Genebra, com Gian Luca Burci, consultor jurídico da OMS e professor do IHEID (no dia 6/1/2011); com Eduardo Hage do Carmo, um dos gestores do combate à pandemia de gripe A(H1N1) no Brasil, além de membro do Comitê de Revisão da OMS, e com Daniel Lins Menucci, do *Ports, Airports and Ground Crossings Unit – PAG* do Escritório da OMS de Lyon (ambas no dia 18/1/2011). Agradeço a estas três autoridades a gentileza de receber-me.

Já na parte brasileira do desafio, tive a fortuna de encontrar, nos cinco membros da banca examinadora de meu concurso de Livre-docência, referências acadêmicas que me são muito caras: os professores Alberto do Amaral Jr., Marcelo da Costa Pinto Neves, Maria Hermínia Tavares de Almeida, Sueli Gandolfi Dallari e Umberto Celli Jr. Procurei, neste livro, responder ao menos a algumas das lapidares perguntas formuladas por Alberto, verdadeiras balizas da revisão deste texto. Ao Umberto, agradeço tanto os sólidos aportes à tese como a inesquecível análise de meus memoriais. Sou muito grata ao Marcelo, que dispôs-se generosamente a discutir conosco, no IRI, sua obra sobre o transconstitucionalismo, decisiva na construção do meu olhar sobre o direito contemporâneo. Maria Hermínia acolheu-me e apoiou ativamente o meu trabalho desde que cheguei à USP, em 2008; na banca, sua percepção de politóloga ampliou meus horizontes. Agradeço a todos os membros da banca pelas horas de pesado trabalho em meu concurso; e especialmente à Sueli, por outras tantas horas que dedicou a mim e ao prefácio deste livro, por ter inspirado meu interesse pela saúde pública, e por ser uma tão informal quanto imprescindível orientadora.

Sobre os dois anos de pesquisa à origem deste livro, faço nota do apoio incondicional dos professores, funcionários e alunos do

IRI, especialmente a solidariedade constante de Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari, Vice-Diretor, e de Janina Onuki, Coordenadora do Bacharelado, colega exemplar; além da eficiência da Assistente Acadêmica Fabiana Camargo Franco Barril, e da presença dos colegas Amâncio de Oliveira, Rafael Villa e Rossana Reis durante o concurso. Aos alunos da pioneira disciplina de Saúde Internacional do IRI, ministrada em pleno certame, no primeiro semestre de 2011, agradeço a experiência adorável e promissora que vivemos. Ao Renan Quinalha, doutorando e parceiro, minha gratidão pelos comentários à tese que me encheram de entusiasmo.

Ao amigo Salem Nasser agradeço a generosidade de facultar-me meus textos inéditos, que enriqueceram sobremaneira minha prova didática sobre as fontes do direito internacional.

Aos revisores do texto original da tese, Eloah de Freitas Lima Ventura e Leonel Furtado Campos, para minha sorte minha mãe e meu companheiro, agradeço o cuidado e a paciência.

Agradeço, ainda, por razões de sobra, o apoio de Luciana de Paula (em Paris); Liza Santana de Lima e David, Karen Walker, Miranda Mattig e sua equipe, Carmen de Oliveira, Roman, Laetitia e Lucas Seitenfus (Genebra); Flavia Schilling, Rachelle Balbinot, Camila Baraldi, Lucas Taschetto, David Levy, Marcela Fonseca, Marco Torronteguy, Michelle Rattton Sanchez-Badin e Elaini da Silva (São Paulo); Paulo Abrão e Marcelo Torelly (Brasília); Laura Wacheleski (Rio de Janeiro) e Rosa Maria Zaia Borges (Porto Alegre); Marco Biermann Pinto e Jânia Saldanha (Santa Maria).

Terminando pelo começo, com imenso carinho, agradeço a quem está sempre comigo: meu pai, Nilson; minha irmã, Andréa, e meu cunhado, Fábio; meus sobrinhos, Filipe e Luísa; e meus tios e primos queridos.

*“... Pero empezó tu decadencia
cuando te dieron tanta ciencia ...”*

Tango de otros tiempos
Alberto Marino, Washington Reyes
e Ulderino Caserío

INTRODUÇÃO

No século XXI, a internacionalização do direito é evidente. Resta, porém, muito a fazer para que as formas contemporâneas de permeabilidade entre o direito internacional e o direito interno sejam plenamente identificadas. Creio que aprofundar o nosso conhecimento sobre tais interações é a única forma de combater, a um só tempo, dois equívocos extremos: de um lado, o nacionalismo provinciano, em suas tantas expressões jurídicas; de outro, a crença na inexorabilidade absoluta do avanço da regulação internacional sobre o direito interno.

A empreitada, porém, não é simples. Podendo funcionar como um holograma, a norma de direito internacional por vezes limita-se a dar forma a pulsões regulatórias internas, que encontram melhores condições para emergir sob a forma de compromisso multilateral ou regional. Ao inverso, no âmbito do processo legislativo nacional ou, com menor transparência, sob a forma de atos normativos do Poder Executivo, incontáveis pretensões normativas internacionais e transnacionais encontram vazão. Mas o desafio não se esgota na constatação de uma eventual porosidade implícita.

Uma vez constatadas tais interações normativas entre externo e interno, seus *efeitos* devem ser objeto de mensuração e reflexão crítica, pois a internacionalização não é neutra; ela possui um sentido (ou diversos sentidos⁹), que só pode(m) ser aferido(s) casuisticamente.

9
"À medida que se globaliza, a justiça é confrontada a contradições para determinar o sentido da internacionalização do direito. Uma contradição

Interativas e instáveis, as ordens jurídicas conhecem interseções que se ordenam “sem majestade”, ou seja, por ajustamentos sucessivos, sempre parciais e imperfeitos¹⁰. Os estudos de caso podem, então, oferecer retratos, embora não mais do que instantâneos, de um mosaico normativo em movimento.

Esta pesquisa constitui o modesto passo inicial de um longo percurso de identificação da permeabilidade da regulação internacional da *saúde pública* nas ordens jurídicas nacionais, no intuito de reconhecer e avaliar criticamente os seus efeitos. Ela espousa um conceito tridimensional de saúde pública¹¹:

- trata-se de um objetivo político, o de preservar e melhorar o estado de saúde de uma dada população (saúde pública como *finalidade*);
- sob a forma de políticas públicas, constitui um conjunto coerente e articulado de medidas de governo, amparadas na legislação com a respectiva regulamentação, e implementadas por um dispositivo institucional, sobretudo administrativo, mas também associativo e liberal (saúde pública como *meio*);
- e, enfim, é fruto de uma compreensão intelectual própria, marcada pela multidisciplinaridade, onde a epidemiologia tem um lugar fundador e central (saúde pública como *forma de pensar*).

Este conceito permite facilmente perceber a importância crescente das relações internacionais em cada um destes planos, tanto pela imensa influência dos paradigmas e padrões sanitários

aparece, de fato, entre a internacionalização ética, que supõe o apoio ativo dos Estados, e a globalização econômica, que amiúde implica a impotência dos Estados; mas também entre a própria ideia de universalismo, que supõe solidariedade, comunhão e luta contra a pobreza, e a sociedade de mercado, caracterizada, ao contrário, pelo aumento da competição e das desigualdades”, Mireille Delmas-Marty, *Les forces imaginantes du droit – Le relatif et l’universel*, Paris: Seuil, 2004, p. 13.

¹⁰ Delmas-Marty, *Les forces imaginantes du droit II – Le pluralisme ordonné*, Paris: Seuil, 2006, p. 26.

¹¹ Didier Tabuteau e Aquilino Morelle, *La santé publique*, Paris: PUF, 2010, p. 5-6.

convencionados fora do alcance do Estado nacional, como pela cooperação empreendida entre os Estados. Atualmente, a saúde “abarca, em todas as suas facetas, aspectos ligados à organização internacional, seja ela mais diretamente ligada à economia, ou à tecnologia, ou à movimentação das pessoas, ou ainda à ordem institucional”¹².

A expressão *saúde internacional* já era usada com certa frequência no final do século XIX e no início do século XX, referindo principalmente o controle de epidemias que ultrapassavam fronteiras entre as nações. Mas ela cede seu lugar, hoje, à expressão *saúde global*, que indica, por um lado, a consideração das necessidades da saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses de nações em particular e, por outro lado, a crescente importância de novos atores para além do Estado e das organizações internacionais, tais como algumas grandes fundações internacionais, a mídia e as corporações transnacionais¹³.

Para além da importância da internacionalização da saúde, porém, a escolha do tema deste livro justifica-se, sobretudo, pelas inflexões que o papel do direito neste processo parece ter sofrido na última década. Afinal, o que tem feito e que pode fazer o direito diante dos efeitos “desumanizantes” da globalização?¹⁴

Com efeito, de oito séculos para cá, sob os mais diversos rótulos, as preocupações e as políticas de saúde pública visaram, primeiramente, a proteger a população de epidemias vindas de alhures e, mais tarde, das enfermidades locais, até que, por meio de múltiplos instrumentos, estenderam seu campo de ação à prevenção dos riscos que afetam o corpo, incluindo, recentemente, o consumo de tabaco e a obesidade¹⁵. Com alguns matizes, as primeiras

¹² Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Jr., *Direito Sanitário*, São Paulo: Verbatim, 2010, p. 20.

¹³ Theodore Brown, Marcos Cueto e Elizabeth Fee, “A transição de saúde pública internacional para global e a Organização Mundial da Saúde”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, 07-09/2006, p. 624-625. É o que pergunta Mireille Delmas-Marty em seu *Résister, responsabiliser, anticiper*, Paris: Seuil, 2013, p. 7.

¹⁴ Patrice Bourdelais, “Histoire de la santé publique”, in: Didier Fassin e Boris Hau-ray, *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris: Inserm/La Découverte, 2010, p. 20.

conferências internacionais sobre saúde e a subsequente atuação das organizações internacionais refletiram, no plano normativo, a evolução das concepções de saúde pública do mundo desenvolvido. A paulatina internacionalização das normas sanitárias contribuiu para generalizá-las no hemisfério Sul. À multiplicação de tratados internacionais com incidência sanitária, com destaque para os acordos multilaterais comerciais¹⁶ e de direitos humanos¹⁷,

¹⁶ Na área da saúde pública, um dos acordos comerciais de maior repercussão é o *Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio* (ADPIC, comumente referido no Brasil por sua sigla em inglês, TRIPS), concluído, em 1994, no âmbito da Organização Mundial de Comércio, OMC. O grande impacto dos direitos de propriedade intelectual sobre os preços e o acesso a medicamentos priva milhões de pessoas, particularmente nos países em via de desenvolvimento, do acesso a inovações terapêuticas. Em 2001, a IV Conferência Ministerial da OMC adotou a *Declaração sobre o acordo ADPIC e a Saúde Pública*, conhecida como *Declaração de Doha* (OMC, WT/MIN(01)/DEC/2, *Declaration on the TRIPS agreement and public health*, de 14/11/2001, disponível em: <www.wto.org>). Trata-se de “uma forte declaração política”, que “pode ser considerada como um *acordo posterior entre as partes relativo à interpretação do tratado ou à aplicação de suas disposições*, segundo o artigo 31.3 (a) da Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados”, cf. Carlos Correa, *Propriedade Intelectual e Saúde Pública*, Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007, p. 129 e 131. Esta Declaração “marca a entrada do tema *acesso a medicamentos* na agenda do comércio multilateral e expressa uma importante mudança de paradigma, na medida em que deixa claro que os direitos de propriedade intelectual não são absolutos nem superiores aos outros direitos fundamentais. Ela reconhece a gravidade da crise na saúde pública, que afeta a maioria dos países em desenvolvimento, principalmente em consequência da expansão da pandemia do HIV, e reafirma o princípio expresso no artigo 8º do acordo TRIPS, particularmente no que se refere ao direito dos Estados-membros de, ao reformar suas legislações de propriedade intelectual, adotarem medidas necessárias para proteger a saúde pública”, Maria Auxiliadora Oliveira et al., *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 57.

¹⁷ Por exemplo, o *Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, adotado pela Resolução n. 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas de 16/12/1966, cujo artigo 12 dispõe: “1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de

alhou-se uma padronização crescente de diretrizes e normas técnicas, além de procedimentos científicos e recursos tecnológicos, cujo alcance jurídico é variável, mas a influência política, econômica e cultural não dá lugar a dúvidas. Logo, a “globalização da vida social tem impactos constitutivos no conceito de saúde que os Estados contemporâneos estão obrigados juridicamente a garantir para seus povos”¹⁸.

Em meio a esta evolução, sublinhe-se que, a partir da Segunda Guerra Mundial, “consolidou-se não apenas o direito à vida, mas um direito diferente, mais importante e mais complexo, que é o direito à saúde”¹⁹. Trata-se de um *direito-carrefour*, porque compreende a proteção da saúde física e mental dos indivíduos, mas também a defesa dos direitos da pessoa²⁰. Assim, a saúde é um direito humano indispensável ao exercício de muitos outros direitos humanos, que qualifica o direito à vida, elevando-o a *direito à vida digna*²¹.

.....
desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental; 2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento sadio das crianças; a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade”. Este pacto foi incorporado à ordem jurídica brasileira pelo Decreto n. 591, de 6/7/1992, disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_591_1992.htm >.

¹⁸ Suéli Dallari e Vidal Nunes Jr., *op. cit.*, p. 29.

¹⁹ Foucault, “Crise de la médecine ou crise de l’antimédecine?”, in: *Dits et écrits III*, texto 170, disponível em: <libertaire.free.fr/MFoucault111.html >, consultado em 6/2/2012, p. 1.

²⁰ Michel Bélangier, *Introduction à un droit mondial de la santé*, Paris: Archives contemporaines, 2009, p. 10.

²¹ Eibe Riedel, “The Human Right to Health: Conceptual Foundations”, in: Clapham, Andrew; Robinson, Mary, *Realizing the right to health*, Zurich: Swiss Human Rights Books, 2009, p. 21-39. Disponível em: <www.swiss-humanrightsbook.com >.

Embora este novo direito seja atualmente considerado *fundamental*²², ele não é um conceito estável, justamente porque os direitos fundamentais não são autos de fé: são processos transformadores dinâmicos²³, sempre inacabados. Logo, a transformação da saúde em direito ainda enfrenta imensos desafios, com destaque para três aspectos de vasta repercussão, tanto no direito como nas relações internacionais, que serão tratados a seguir: a sujeição do Estado a cláusulas leoninas, a mutação do *mercado da saúde* e a emergência do ser vulnerável em detrimento do cidadão.

Quanto ao primeiro aspecto, na medida em que se difunde e se realiza, **o direito à saúde faz do Estado “o grande comprador da indústria farmacêutica e de insumos hospitalares, odontológicos e de tecnologia voltada ao uso da medicina”**²⁴. Esta condição instaura ao menos duas marcantes assimetrias, especialmente nos momentos de crise sanitária e/ou econômica: entre os Estados, a depender do seu grau de desenvolvimento; e igualmente entre os Estados e a dimensão *transnacional*, no sentido de ordem normativa construída primariamente por atores ou organizações privados ou quase públicos²⁵. A fim de internalizar o conteúdo de suas tendências e deliberações, o transnacionalismo²⁶ mobiliza, então, um vasto

²² Por exemplo, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício”, art. 2º, *caput*.

²³ Mireille Delmas-Marty, *Les forces imaginantes du droit III – Vers une communauté de valeurs?* Paris: Seuil, 2011, p. 196 e 199.

²⁴ (Sem grifo no original) Rubens Adorno, Maria da Penha Vasconcelos e Augusta Alvarenga, “Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desenhos no campo da saúde pública”, *Saúde e Sociedade [online]* 2011, v. 20, n. 1, p. 93.

²⁵ Marcelo Neves, *Transnacionalismo*, São Paulo: Martins Fontes, 2009, p. 187.

²⁶ No polêmico caso dos medicamentos, por exemplo, “uma das características que diferencia a chamada ‘indústria farmacêutica inovadora’, de caráter transnacional, é que ela investe na integração entre os quatro

elenco de modalidades de influência sobre as ordens estatais – do simples *lobby* à normatividade clássica, passando pela *soft law*²⁷ – gerando relações ora de colisão, ora de cooperação. Tradução cabal desta assimetria foi uma declaração de Roselyne Bachelot-Narquin, então Ministra da Saúde e dos Esportes da França (portanto, autoridade sanitária máxima de um país desenvolvido), feita diante de uma comissão de inquérito do Senado francês, a respeito da compra de vacinas pelo Estado:

“Os laboratórios estão, evidentemente, em posição de força, existindo um enorme desequilíbrio entre a oferta e a demanda em escala mundial. Eles subordinam todo compromisso de fornecimento de vacinas a encomendas fechadas de quantidades significativas, sendo a quantidade de vacinas da primeira entrega proporcional à quantidade total encomendada pelos pais interessados”²⁸.

Estudaremos a iniciativa e o contexto desta comissão parlamentar de inquérito no último capítulo deste livro.

.....
estágios tecnológicos: 1) pesquisa e desenvolvimento de novas matérias-primas em escala de bancada; 2) *scale-up* da escala de bancada para a produção em escala industrial; 3) formulação farmacêutica, ou seja, transformação de um fármaco em produto para o consumo (cápsulas, soluções etc.); e 4) *marketing* e comercialização de novos produtos, considerado estágio tecnológico pela complexidade de suas ações, enquanto a maioria de nossas empresas de capital nacional não integra ou ‘verticaliza’ esses estágios, mas continua dependente de matérias-primas adquiridas e apenas investe no terceiro e quarto estágios tecnológicos. Como consequência, se estabelece uma relação de dependência”, Maria Auxiliadora Oliveira et al., *op. cit.*, p. 29.

²⁷ Expressão empregada em oposição à *hard law*, como conjunto de padrões, informações, compromissos e declarações, cujo alcance jurídico é flexível ou indireto e, de modo geral, depende da intenção dos seus autores, cf. Antonio Cassese, *International Law*, 2 ed., Nova York: Oxford University Press, 2005, p. 196.

²⁸ França, Senado, *Rapport de la commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A(H1N1)*, Tomo II, de 29/7/2010, p. 32-33.

Um segundo aspecto a destacar é a grande transformação dos profissionais e dos serviços de saúde operada pela evolução tecnológica e pela cristalização da sociedade de consumo. Na era do *turbo-consumismo*²⁹, o paciente passa a ser um *cliente de mercadorias* e serviços que poderiam trazer a sua salvação ou a prorrogação da sua vida³⁰. Ademais, a tecnologia oferece possibilidades inéditas de restabelecimento ou adaptação dos indivíduos aos padrões de *normalidade*³¹ de cada grupo social, gerando novas demandas junto

²⁹ A expressão é de Gilles Lipovetsky e representa “a passagem da era da escolha à era da hiperescolha, do monoequipamento ao multiequipamento, do consumismo descontinuo ao contínuo, do consumo individualista ao hiperindividualista”, *Le bonheur paradoxal – essai sur la société d’hyperconsommation*, Paris: Gallimard, 1996, p. 95.

³⁰ “Fazer exames sofisticados, sofrer intervenções sofisticadas, ter medicamentos recém-lançados (o mais novo lançamento), internar-se em hospitais pa-recidos com uma nave espacial, com serviços de hotelaria cinco estrelas, são fatos que oneram a saúde sem modificá-la, ofertando ao mercado os lucros desejados. As grandes modificações são as medidas gerais que impactam toda a comunidade, como tratar água e esgoto – nem sempre a grande preocupação da saúde pública” (sem grifo no original), Lenir Santos, “Direito à saúde e qualidade de vida – um mundo de responsabilidade e fazeres”, in: *Idem* (org.), *Direito da saúde no Brasil*, Campinas: Saberes, 2010, p. 46.

³¹ A partir do século XVIII, a medicina ultrapassou largamente a condição de conjunto de técnicas e saberes relativos à cura, passando a adquirir uma postura normativa, no intuito não somente de difundir conselhos sobre uma vida sábia, mas de reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade na qual ele vive; o conhecimento sobre o homem com saúde é a soma da experiência do homem *não doente* com a definição do *homem modelo*, cf. Foucault, *La naissance de la clinique*, 7 ed. “Quadrige”, Paris: PUF, 2007, p. 35. De uma medicina medieval centrada mais na saúde do que na normalidade, passa-se, no século XIX, à “bipolaridade médica do normal e do patológico”, *ibid.*, p. 35-36. “Nós encontramos aqui as modalidades de recomposição da norma sob o efeito de novas sensibilidades sociais, culturais e psicológicas ansiosas para apagar as especificidades e as diferenças. Os *anormais* devem ser integrados socialmente em comunidades fundadas em traços de *anormalias*, e todos os *normais* devem ser seguidos, rastreando seus traços de *anormalias*”, Roland Gori, “L’art des douces servitudes”, *L’Esprit du temps* n. 68 2/2009, p. 287.

nos sistemas de saúde. Os profissionais de saúde, por sua vez, transferiram grande parte de seu “poder de livre vendedor e portador de serviços de saúde para o mercado de compra e venda de produtos e serviços de saúde, e para o produto ou serviço propriamente dito”³².

Na América Latina, o comércio de serviços da área cresceu nos últimos anos, inclusive o chamado *turismo médico*, que consiste no deslocamento de *consumidores* de serviços de saúde entre países³³. Neste particular, a Europa oferece um exemplo do quanto o princípio da livre circulação de serviços sanitários pode atingir os sistemas nacionais de saúde, por vezes agravando suas eventuais deficiências, especialmente as de financiamento³⁴. Mas a preponderância

³² Fernando e Ana Maria Lefevre, *O corpo e seus senhores – Homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana*, Rio de Janeiro: Vieira&Lent, 2009, p. 29.

³³ Andrés López, Andrés Niembro, Daniela Ramos. “Exportaciones de servicios de salud: los casos de Argentina, Brasil y México”. *Observatorio económico de la Red Mercosur*, 29 de novembro de 2010. Disponível em: < oered.org >, consultado em 18/3/2012. O México detém os melhores índices de aproveitamento do mercado do turismo médico na América Latina, o que se explica, sobretudo, por sua proximidade geográfica com os Estados Unidos.

³⁴ Entre numerosos casos similares, parece oportuno citar o da Grécia no acórdão *Stamatelaki* (Tribunal de Justiça da União Europeia, 19/4/2007, processo C-444/05, disponível em: < http://ec.europa.eu/social/>). Uma cidadã grega (Aikaterini Stamatelaki) exigia de um organismo público de seguridade social de seu país natal (*Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmatior*) o reembolso pelos serviços prestados ao seu falecido esposo por uma clínica privada inglesa. A Grécia alegou que o equilíbrio do regime de seguridade social nacional poderia ser prejudicado se os segurados tivessem a possibilidade de reembolso de serviços privados estrangeiros, considerando o seu elevado custo, que ultrapassaria largamente o valor do mesmo serviço se prestado na Grécia. No entanto, em seu acórdão, o Tribunal reafirmou este argumento, sustentando que a legislação grega era excessivamente restritiva: “O artigo 49 CE opõe-se a uma legislação de um Estado-Membro, como a que está em causa no processo principal, que exclui qualquer reembolso, por um organismo nacional de seguridade social, das despesas ocasionadas pela hospitalização dos seus segurados nos estabelecimentos de saúde privados situados noutra Estado-Membro”, *ibid.*, *Dispositivo*.

dos interesses de mercado atinge de modo peculiar a efetividade do direito à saúde nos países cuja desigualdade econômica vem sendo combatida por meio da ampliação do acesso ao consumo³⁵. A *integração pelo mercado*, instauradora de um mimetismo consumista acríptico entre ricos e pobres, coloca em segundo plano a educação para os direitos humanos e para a cidadania. Logo, tende a não alterar a lógica segundo a qual “é necessário já ser reconhecido e tratado como indivíduo portador de direitos para de fato conseguir exigir direitos e mudanças”³⁶. A divisão dos sujeitos sociais entre ganhadores e perdedores vai tomando o lugar da ideia moderna do homem como *cidadão de direitos*, passando

³⁵ Atualmente, seria o caso do Brasil, na perspectiva de André Singer: “Examinadas em seu conjunto, as ações governamentais do primeiro mandato [do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, de 2002 a 2006] vão muito além de simples ajuda aos pobres. Sem falar nos programas específicos, o aumento do salário mínimo, a expansão do crédito popular com aumento da formalização do trabalho (o desemprego caiu de 10,5% em dezembro de 2002 para 8,3% em dezembro de 2005) e a transferência de renda, aliados à contenção de preços, sobretudo da cesta básica (e em alguns casos deflação, como decorrência da desoneração fiscal), constituem uma plataforma no sentido de traçar uma direção política para os anseios de certa fração de classe. Não apenas porque objetivamente foram capazes de aumentar a capacidade de consumo de milhões de pessoas de baixíssima renda, como atesta o acesso em grande escala à classe C, mas também porque sugerem um caminho a seguir: manutenção da estabilidade com expansão do mercado interno, sobretudo para os setores de baixa renda”, in: “Raízes sociais e ideológicas do lulismo”, *Novos Estudos*, Cebrap [online], 2009, n. 85, p. 94.

³⁶ Lara Luna, “Fazer viver e deixar morrer: a má-fé da saúde pública no Brasil”, in: Jessé Souza (org.), *Ralé brasileira: quem é e como vive*, Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, p. 327. Neste artigo, Luna demarca a diferença que existe, no Brasil, entre o Sistema Único de Saúde (SUS) *constitucional* e o *SUS real*, explicando que, por “ironia”, “uma pessoa que se habituou a não ser tratada como cidadã muitas vezes não sabe como exigir benefícios, que apesar de lhe serem garantidos em lei, exigiriam planejamento de ações, disciplina e autocontrole que ela não tem. Em outros termos, a arma contra a má-fé da saúde que a ralé em primeira instância deveria usar exigiria que ela não fosse ela mesma”, *ibid.*

a “justificar e explicar a pobreza e os pobres como incapazes, como perdedores no jogo social”³⁷.

Enfim, numa reviravolta recente, é a própria ideia de *direito* que parece estar em questão no que atine à saúde. O inédito grau de conhecimento sobre os diversos riscos que ameaçam a espécie humana engendrou um novo discurso político-jurídico, que promove a *equiparação* de todas as ameaças: catástrofes naturais, pandemias, terrorismo, aquecimento global etc. Graças à constante *encenação* destes riscos, hoje pensados numa dimensão mundial, o futuro das catástrofes se transforma em presente, e o objetivo de evitá-las ganha inédita influência sobre as decisões dos atores públicos e privados³⁸. No plano jurídico, as derrogações parciais ou totais dos direitos se multiplicam em nome de diversos tipos de segurança. O *frenesi securitário* tende a transformar o contrato social numa espécie de *contrato de seguro contra todos os riscos* que caracteriza os regimes de suspeição – nos quais cada indivíduo é um suspeito em potencial – que podem conduzir aos estados de exceção³⁹.

No campo da saúde, é admissível que, em situações de crise, os poderes públicos sejam levados a impor, inclusive pela força, decisões restritivas das liberdades, em nome da *segurança sanitária*⁴⁰.

³⁷ Fernando e Ana Maria Lefevre, *op. cit.*, p. 22-23.

³⁸ Ulrich Beck, *La sociedad del riesgo mundial – En busca de la seguridad perdida*, Madrid: Paidós, 2008, p. 28. É importante ressaltar que a evolução da obra de Ulrich Beck indica a passagem de uma *Sociedade de risco* (obra que publicou em 1986) a uma *Sociedade do risco mundial* (livro publicado em 1999). Conforme o autor, o segundo livro foi integralmente reescrito em 2007, à luz dos eventos que marcaram a primeira década do século XXI e do debate suscitado pela grande repercussão de suas obras precedentes, cf. *ibid.*, p. 13.

³⁹ Mireille Delmas-Marty, *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*, Paris: Seuil, 2010, p. 120-121.

⁴⁰ Segurança sanitária é “a proteção da saúde do homem contra os riscos para a saúde induzidos pelo funcionamento da sociedade, sejam eles alimentares, ambientais (inclusive riscos climáticos) ou sanitários (produtos de saúde, medicamentos, vacinas, transplantantes, radioterapia...)”, cf. Jean-Claude Desenclos e Anne-Catherine Viso, “Sécurité et veille sanitaire”, in: Fassin et Hauray, *op. cit.*, p. 342.

Todavia, em sociedades que fazem da redução dos riscos uma prioridade política, a precaução poderia servir como álibi para a hipertrofia de um *Leviatã sanitário*⁴¹. Ao cabo, cada vez mais “o indivíduo tende a ser percebido como ser vulnerável, antes mesmo de ser um sujeito de direitos ou um cidadão”⁴².

Por tudo isto, além de outros temas que irrompem com força no cenário internacional – tais como a “incapacidade dos países para definir com autonomia seus próprios modelos de sistemas de saúde”, a possibilidade de pensar uma “resposta social em saúde numa perspectiva desnacionalizada”, “a renovação institucional no espaço internacional e o papel das organizações da sociedade civil internacional”⁴³ –, afirma-se paulatinamente uma subárea de conhecimento transversal, a da *saúde global*, na qual o direito deve garantir o seu lugar. Afinal, a mundialização do *direito da saúde* está longe de completar-se: apesar dos esforços de harmonização e generalização de uma legislação sanitária no plano internacional, a desigualdade entre as normas nacionais e a diversidade entre as culturas sanitárias, constituem dois limites permanentes à afirmação de um *direito global da saúde*⁴⁴.

No intuito de inaugurar, com minha *Livre-docência*, um esforço de pesquisa sobre a porosidade entre a normatividade internacional da saúde e o direito interno, o caso a eleger dificilmente poderia ser outro: em 11 de junho de 2009, uma organização internacional – a *Organização Mundial da Saúde*⁴⁵ (OMS) – declarou

41 Didier Tabuteau, “Santé et liberté”, *Pouvoirs*, 2009/3, p. 97.

42 Frédéric Gros, Monique Castillo e Antoine Garapon, “De la sécurité nationale à la sécurité humaine”, *Raisons politiques* n. 32, 2008/4, p. 8.

43 Álvaro Franco-Giraldo e Carlos Álvarez-Dardet, “Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A”, *Pan Am J Public Health* (25)6, 2009, p. 540.

44 Michel Bélangier, *Introduction à un droit mondial de la santé*, op. cit., 2009, p. 3-4.

45 Criada pela Conferência Internacional da Saúde, ocorrida em Nova Iorque (19-22/7/1946). No dia 22/7/1946, representantes de 61 Estados assinaram a “Constituição da OMS”, que entrou em vigor no dia 7/4/1948; texto em português disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br> >.

a existência de uma pandemia de *gripe A(H1N1)*⁴⁶. Também chamada de pandemia de *influenza*⁴⁷, e inicialmente referida como *gripe suína*⁴⁸, ela durou até agosto de 2010. No presente texto,

46 OMS, Direção-Geral, “World now at the start of 2009 influenza pandemic”, *Statement to the press by Dr Margaret Chan*, 11/6/2009, disponível em: < <http://www.who.int> >, consultado em 17/3/2012.

47 “A influenza é uma infecção viral que afeta principalmente as vias aéreas superiores e, ocasionalmente, as inferiores. São conhecidos três tipos de vírus da influenza: A, B e C. Esses vírus são altamente transmissíveis e podem sofrer mutações (transformações em sua estrutura genética), sendo que o tipo A é o mais mutável dos três. Geralmente as epidemias e pandemias (epidemia que ocorre em vários países) estão associadas ao vírus do tipo A”, cf. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1)2009 – Notificação, investigação e Monitoramento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 4.

48 “A gripe A(H1N1) é uma doença respiratória aguda do porco, altamente contagiosa, provocada por alguns vírus suínos do tipo A, cuja morbidade tende a ser elevada e a mortalidade a ser fraca (1-4%). O vírus propaga-se entre os porcos por meio de aerossóis, pelo contato direto ou indireto, e também por animais portadores assintomáticos. Registra-se surtos entre os porcos ao longo de todo o ano, com uma incidência mais intensa no outono e no inverno das zonas temperadas. Numerosos países vacinam sistematicamente as populações de porcos contra a gripe suína. Os vírus gripais suínos pertencem com maior frequência ao subtipo H1N1, mas outros subtipos circulam igualmente (por exemplo, H1N2, H3N1, H3N2). Os porcos podem ser infectados por vírus gripais aviários e por vírus da gripe sazonal humana, assim como por vírus gripais suínos. Supõe-se que, originalmente, o vírus H3N2 foi introduzido no porco pelo homem. Os porcos podem ser infectados por diversos tipos de vírus ao mesmo tempo, o que pode gerar a mistura dos gens destes vírus e a produção de um vírus gripal contendo gens procedentes de diversas fontes, chamado ‘vírus reagrupado’. Embora os vírus gripais suínos sejam normalmente específicos da espécie e infectem apenas os porcos, eles por vezes atravessam a barreira da espécie para provocar a doença no homem. (...) Não há dados que demonstrem que a gripe A(H1N1) possa transmitir-se ao homem por meio da carne de porco ou outros produtos dela derivados que sejam adequadamente manejados e preparados.

a expressão “gripe A(H1N1)” refere-se especificamente à pandemia ocorrida entre 2009 e 2010⁴⁹.

É importante destacar que a organização internacional em questão, a OMS, é considerada “autoridade moral”, além de “organização a serviço dos seus Estados-membros”⁵⁰, “porta-voz da comunidade internacional e líder da ação empreendida” para prevenir ou responder às múltiplas ameaças à saúde que possuem

.....
O vírus da gripe suína é destruído à temperatura de 70° C, o que corresponde às condições geralmente recomendadas para cozinhar a carne de porco e outras carnes. (...) A gripe A(H1N1) não é uma enfermidade de declaração obrigatória às autoridades internacionais de saúde animal (OIE) [Organização Internacional da Saúde Animal], pelo que não se conhece muito bem sua distribuição internacional. A doença é considerada endêmica nos Estados Unidos. Sabe-se também que houve surtos na América do Norte, na América do Sul, na Europa (incluindo Reino Unido, Suécia e Itália), África (Quênia) e zonas da Ásia oriental, incluindo China e Japão”, OMS, Alerte et action au niveau mondial (GAR), *Foire aux questions sur la grippe A(H1N1)*, 27/4/2009, disponível em: <http://www.who.int>, consultado em 18/3/2012.

⁴⁹ A OMS publicou recentemente uma nota para esclarecer que “o vírus da pandemia A(H1N1)2009 tornou-se um vírus sazonal, que continua circulando com outros vírus sazonais desde agosto de 2010, quando a OMS declarou o fim da pandemia (H1N1) 2009. Contudo, a nomenclatura do vírus nunca foi padronizada, o que resultou em diversos nomes para o mesmo vírus. A fim de minimizar a confusão e diferenciar este vírus dos velhos vírus sazonais A(H1N1) que circulavam em humanos antes da pandemia (H1N1) 2009, os conselheiros da Consulta sobre a composição das vacinas influenza para o Hemisfério Sul 2012 da OMS, depois de discussão em 26/9/2011, recomendaram à OMS a utilização da seguinte nomenclatura: A(H1N1)pdm09. Esta padronização ajudará a reduzir a potencial confusão tanto da comunidade científica como do público em geral”, *Influenza: Standardization of terminology of the pandemic A(H1N1)2009 virus*, de 18/10/2011, disponível em: <http://www.who.int>, consultado em 18/3/2012.

⁵⁰ OMS, A64/10 – Application du RSI (2005), *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009*, *Rapport du Directeur Général*. Genebra, 5/5/2011, p. 11.

a capacidade de atravessar fronteiras⁵¹. A propósito, sua concepção de saúde é polêmica e vasta: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”⁵².

No seio da OMS, a definição de *pandemia* é (ou foi) igualmente controversa, especialmente porque os critérios empregados para declarar sua existência teriam sofrido modificações. Por ora, vale reter a definição emitida em documento oficial, oito dias após a declaração da pandemia A(H1N1): tratar-se-ia de uma doença – no caso, uma infecção viral aguda – com “transmissão inter-humana contínua, imputável a surtos em nível comunitário em ao menos duas regiões da OMS e ao menos num país em cada uma dessas regiões”⁵³.

À guisa de introdução, também importa referir que, algumas semanas antes de declarar a pandemia, a OMS deflagrou, pela primeira vez, uma complexa engrenagem, criada e aceita por 194 Estados. Trata-se da quinta e mais recente versão do *Regulamento Sanitário Internacional*, RSI, de 2005⁵⁴. As versões anteriores do RSI (1951, 1969, 1973 e 1981) variavam essencialmente quanto ao número de doenças cobertas pela regulamentação internacional, o que será tratado mais adiante.

Por ora, retenha-se que o RSI em vigor forja o conceito de *Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional*, ESPI:

.....
⁵¹ Harvey Fineberg, *Prefácio de OMS, A64/10 – Application du RSI (2005)*, *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009*, *Rapport du Directeur Général*. Genebra, 5/5/2011, p. 7 – disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf>, consultado em 14/2/2012.
⁵² Segunda frase do preâmbulo da Carta Constitutiva da OMS, *op. cit.*, p. 1.
⁵³ OMS, *Weekly Epidemiological Record – WER* n. 25, Ano 84, Genebra, 19/6/2009, p. 249.
⁵⁴ Aprovado pela 58ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde, em vigor desde junho de 2007. A versão em português, veiculada pelo Decreto Legislativo n. 395/2009, foi publicada no Diário Oficial da União, DOU, de 10/7/2009, p. 11.

“significa um evento extraordinário que, nos termos do presente Regulamento, é determinado como: (i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e (ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada” (art. 1º).

Doença, por sua vez, segundo o mesmo dispositivo, significa “uma doença ou agravo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para seres humanos”. Logo, se a pandemia em questão foi considerada uma ESPII, nem toda a ESPII será uma pandemia. O RSI também cria procedimentos para a declaração do início e do término de uma ESPII, além de regular a sua gestão.

Note-se que a OMS interpreta esta inovação como uma forma de valorização da saúde pública na equação de poder interna dos Estados: “o fato de considerar doenças infecciosas como ameaças para a segurança mundial e nacional oferece a possibilidade de obter uma direção política de alto nível para apoiar a planificação intersetorial necessária”⁵⁵.

Assim, a **tese defendida neste livro é a de que o atual RSI produziu um direito da emergência, de natureza transversal, como interseção entre o direito internacional e o direito interno**. Não se trata apenas de cooperação internacional para combate à propagação de doenças específicas, mas sim de um mecanismo complexo, que permite à organização tomar iniciativas independentemente da vontade dos Estados (e, particularmente, da vontade de um ou mais Estados onde se verifica uma “ameaça à saúde”), apoiada, não em instâncias deliberativas intergovernamentais, mas em comitês de especialistas, recrutados de maneira autônoma (e inclusive opaca) pela organização.

O que me motiva e inquieta, porém, não é a velha temática da tensão entre os Estados e as organizações internacionais, e sim

⁵⁵ OMS, *Plan mondial de préparation à une pandémie de grippe – Le rôle de l’OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l’échelon national avant e pendant une pandémie*, Genebra, 2005, p. 4.

a influência de interesses econômicos transnacionais sobre a organização, sobre alguns de seus Estados, sobre os “técnicos” e “especialistas”, e também sobre as organizações sociais. Mais do que tudo, intriga-me a repercussão desta engrenagem sobre os indivíduos, independentemente de sua nacionalidade. Ora, além de formar um grande sistema internacional de informação e de coordenação, o RSI institui um regime jurídico que pode justificar restrições significativas dos direitos humanos e do comércio, tanto no plano internacional como no interno. Ademais, é impossível atender às normas e recomendações da OMS sem a implicação ativa, não apenas dos direitos internos, mas sobretudo dos sistemas nacionais de saúde e das políticas públicas de saúde, o que constitui, por si só, um desafio à normatividade clássica internacional.

A fim de melhor sustentar minha tese, este livro divide-se em duas partes.

Na primeira parte, descrevo a emergência do direito internacional da saúde, como um dos imensuráveis efeitos das epidemias sobre a vida dos homens. Dedicoo-me especialmente à segunda metade do século XX, tendo como eixo narrativo a apresentação da OMS, com base na literatura, nos documentos relativos à criação da organização, em suas normas e documentos de trabalho. Constatei que, embora muito citada como referência incontornável na área da saúde pública, em especial no combate à propagação das doenças infectocontagiosas, a OMS ainda é pouco conhecida e raramente debatida no Brasil. A pouca atenção da doutrina brasileira contrasta com o protagonismo histórico, tanto do Estado brasileiro em instâncias internacionais que tratam da saúde pública, como de alguns grandes sanitaristas brasileiros. É preciso reconhecer que esta tarefa de apresentar a OMS e problematizar alguns elementos de seu funcionamento, que de início parecia simples, foi dificultada pelo fato de que, não apenas no Brasil, poucos juristas dedicaram-se ao seu estudo.

Na segunda parte do livro, enfrento o caso da pandemia de gripe A(H1N1), primeira aplicação do novo RSI, que considero a

para demonstrar certas consequências reais da aplicação das normas sanitárias internacionais. Doravante, é necessário coletar e/ou deflagrar uma série de estudos específicos sobre a gestão da pandemia em espaços (instituições, cidades, regiões ou países) e tempos (as diferentes fases da pandemia) bem delimitados.

Em segundo lugar, do ponto de vista teórico, diversos caminhos necessitam ser explorados para que se compreenda a relação entre direito e emergência, e especificamente entre direito e pandemia – porque a pandemia é um tipo específico de emergência, que alguns autores inseriram na produção acadêmica recente sobre catástrofes⁵⁷. Uma exploração inicial sobre a literatura relativa ao estado de exceção, embora importante na compreensão dos processos de restrição de direitos fundamentais, mostrou-se ainda limitada⁵⁸.

Por outro lado, o estudo da obra de Michel Foucault⁵⁹, e de diversos de seus discípulos, foi imprescindível para a compreensão dos processos históricos em questão nesta tese. Mas ele aparece não mais do que marginalmente e como pano de fundo,

⁵⁷ Ver, por ex., o dossiê “Les temps des catastrophes”, da revista *Esprit* n. 343, 03-04/2008. Note-se que a associação entre pandemia e catástrofe levou alguns autores, equivocadamente, a invocar no âmbito das pandemias o princípio da *responsabilidade de proteger*, confusão que pretendo abordar em uma pesquisa futura. Sobre este polêmico princípio, que justificou o uso recente da força pela “comunidade internacional” na Líbia, ver Jean-Marie Crouzatier, “Le principe de la responsabilité de protéger”, *Revue Aspects*, n. 2, 2008, p. 13-32.

⁵⁸ V. Deisy Ventura, “Pandemias e estado de exceção”, in: Marcelo Catoni e Felipe Machado (orgs.), *Constituição e Processo: a resposta do constitucionalismo à banalização do terror*, Belo Horizonte: Del Rey/IHJ, 2009, p. 159-181.

⁵⁹ Em particular seus cursos no Collège de France de 1974-1975 (*Les anormaux*), 1976 (*Il faut défendre la société*), 1977-1978 (*Sécurité, Territoire, Population*), 1978-1979 (*Naissance de la biopolitique*) e 1982-1983 (*Le gouvernement de soi et des autres*) – editados e publicados pelo selo Gallimard/Seuil a partir dos anos 1990, além de suas conferências sobre a medicina, a maioria delas proferida nos anos 1970, que podem ser encontradas em diversas publicações.

nunca na cena metodológica. Muitas dúvidas persistem sobre conceitos como o de *biopolítica*⁶⁰, *biopoder* e *governamentalidade*. Por exemplo, é preciso saber se as “lutas contra o sofrimento, nas quais a saúde pode ser apresentada como horizonte normativo”, poderiam ser concebidas como “lutas biopolíticas (ou por uma outra biopolítica – não liberal, não neoliberal?) ou antes como lutas contra a biopolítica (contra formas de poder que se inscrevem na biopolítica em geral)”⁶¹. Logo, as possibilidades de uma leitura *foucauldienne* da relação entre direito e emergência são, em todos os sentidos da expressão, minha música para o futuro.

Como fecho desta introdução, recordei Paul Valéry, que no romance *A ideia fixa*⁶² descreve um homem atormentado, tomado por grande sofrimento. Dentro de no máximo três anos, ele repetia a si mesmo, “estes fantasmas não terão mais força... E eu entro contra em mim o desejo insensato de fazer, com meu espírito, em alguns instantes, o que três anos de vida talvez tivesse feito. Mas como produzir o tempo?” – e então ele simplesmente se pôs a caminhar. Assim, na incapacidade de acelerar o tempo, o que permitiria apresentar-lhes a chegada ao destino de pesquisa escolhido, eu decidi, por meio deste livro, compartilhar com o leitor a minha nova caminhada.

⁶⁰ “... uma noção sempre prometida e adiada, deixada para mais tarde. Mesmo não encontrando nesses cursos o que realmente se refere ao nascimento da biopolítica, foi, no entanto, a análise daquela que, permanecendo no horizonte das pesquisas de Foucault, tornou necessário o desvio para o estudo do liberalismo e possibilitou a elaboração de noções muito precisas, concretas, situáveis historicamente, tais como governamentalidade, segurança, conduta e liberdade”, Luiz Alberto Moreira Martins, “Genealogia do biopoder”, *Psicologia & sociedade*: 21 (2): 157-165, p. 163.

⁶¹ Emmanuel Renault, “Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme”, *Multitudes* n. 34, 3/2008, p. 203.

⁶² Paris: Gallimard, 1934, p. 14.

PARTE I – DA EMERGÊNCIA DE UM DIREITO...

O *direito internacional da saúde* é o “primo pobre” da literatura jurídica internacional; “é verdade que a questão parece ser mais afeita à competência de médicos, epidemiologistas e especialistas em saúde pública do que a de meros juristas”⁶³. Talvez por esta razão ele seja, amiúde, definido simplesmente como o *conjunto de regras jurídicas* destinadas à proteção ativa da saúde das pessoas, elaborado pelas organizações internacionais competentes⁶⁴. Porém, tudo indica que excede largamente este conceito, como um dos campos do direito mais atingidos pela globalização, tanto em seu conteúdo como em sua forma de elaboração. Afinal, riscos provenientes da atmosfera, dos medicamentos e dos alimentos permeiam vertiginosamente a vida humana: “a globalização construiu a permeabilidade do estar vivo como risco permanente”⁶⁵.

⁶³ Jean Salmon, “Rapport introductif” in: Rostane Mehdi e Sandrine Maljean-Dubois, *La société internationale et les grandes pandémies*, Paris: Pedone, 2007, p. 13.

⁶⁴ Michel Bélanger, *Introduction ... op. cit.*, p. 2. Interconectado com os direitos nacionais, formaria um conjunto que envolve regras de direito público e privado, compreendendo uma plêiade de ramos temáticos (médico, farmacêutico, veterinário, da enfermagem, odontológico, cosmético, da cirurgia estética), alguns deles transversais (como o hospitalar e o da seguridade social), *ibid.*, p. 14-15.

⁶⁵ Frédéric Gros, *Le principe sécurité*, Paris: Gallimard, 2012, p. 177.

A primeira parte deste livro dedica-se à emergência do ramo sanitário do direito internacional, destacando a transição de um direito *internacional* para um direito *mundial* ou *global* da saúde, como passagem da condição de *conjunto de normas internacionais* à condição de elemento de uma peculiar intersecção entre *ordem internacional* e *ordens nacionais*.

Esta evolução coincide com o percurso da Organização Mundial da Saúde, cuja crise atual não desmerece o vasto acervo político e normativo acumulado em quase sete décadas, tão valioso quanto pouco estudado no Brasil.

“Tentar sustentar que estas disciplinas [microbiologia e epidemiologia] explicam totalmente a aparição, o desenvolvimento e o curso das doenças, implica pensar que as relações agente/hospedeiro, tão destacadas por aqueles cujo prisma é a história natural da enfermidade, ocorrem em um mundo biológico que existe numa dimensão espaço-temporal distinta da do mundo social e suas condições econômicas, políticas e sociais; implica pensar, em outras palavras, que a maneira como se produz, se apropria e se consome numa sociedade não teria efeito sobre os processos de saúde/doença que tal sociedade enfrenta. (...) Neste sentido, o olhar biologicista deve ser prontamente superado. Assumir de uma vez por todas o caráter social das pandemias e usar então uma escala de análise adequada, permitirá que respostas estruturais e realmente transformadoras sejam pensadas, propostas e implementadas.”.

Liliana Henao-Kaffure, “El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009”, *Revista Gerenc. Polit. Salud* [Colômbia] 9(19) 2010, p. 65.

1. A CRIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Não se pode compreender o significado e o alcance da pandemia de gripe A(H1N1) sem antes conhecer a Organização Mundial da Saúde. Neste capítulo, serão abordadas as iniciativas que precederam a criação desta entidade, a fim de melhor compreender a longa tradição histórica de combate à propagação das doenças, hoje representada pela OMS. A seguir, serão apresentados a carta constitutiva e o atual formato institucional da organização.

1.1. A epidemia é o homem⁶⁶

As doenças possuem lugar de relevo no curso da civilização, obrigando todas as instituições humanas a confrontá-las⁶⁷. Entre elas, destacam-se as doenças infecciosas⁶⁸. O avanço dos estudos

⁶⁶ A expressão é de diversos autores, entre eles Norbert Gualde, *Comprendre les épidémies – la coévolution des microbes et des hommes*, Paris: Les éditions de la Sorbonne, 2006, p. 316; e Dominique Chevè, “La peste ou le fléau imaginé”, in: Chevè et al., *La Peste entre épidémies et sociétés*, Florence: Firenze University Press, 2007, p. 315.

⁶⁷ Henry Sigerist, *Civilização e Doença*, São Paulo: Hucitec, 2011, p. 1-2.

⁶⁸ “Infecção é a penetração, multiplicação e/ou desenvolvimento de um agente infeccioso em determinado hospedeiro; doença infecciosa são as consequências das lesões causadas pelo agente e pela resposta do hospedeiro manifestada por sintomas e sinais e por alterações fisiológicas, bioquímicas e histopatológicas. Quando o agente infeccioso penetra, multiplica-se ou desenvolve-se no hospedeiro, sem causar danos nem

genéticos sobre os microorganismos causadores de doenças em humanos, aliados à arqueologia e outras disciplinas, tem permitido compreender “a globalização antiga e contínua dos germes” ao revelar a trajetória seguida pelo homem desde sua saída da África⁶⁹. Nossos ancestrais, o *homo habilis* e o *homo erectus*, eram, na verdade, intrusos num mundo de micro-organismos extremamente numerosos, como ainda o são e serão; “o planeta pertence às bactérias” ou, dito de outro modo, “nós possuímos bactérias que nos possuem”⁷⁰.

Para além da relação biológica entre o homem e o micróbio, as doenças “condicionaram a existência humana, dizimando populações, estimulando conflitos, infectando combatentes, promovendo êxodos, propiciando miscigenação, fortalecendo ou enfraquecendo povos”⁷¹. Note-se que a expressão “condicionar a existência” não significa apenas a possibilidade da morte, pois remete à brusca mudança das condições de vida durante e após uma *epidemia*, nos planos individual e coletivo.

Com efeito, a palavra *epidemia*, termo do latim médico, origina-se do grego *epidemios*: que circula entre o povo⁷². O estudo das epidemias identifica quatro grandes fases, ditas *transições*:

.....
manifestações clínicas, considera-se a infecção subclínica, inaparente ou assintomática. Outras vezes, porém, por ação mecânica, por toxinas, por reação inflamatória ou hipersensibilidade ocorre o conflito parasito-hospedeiro, com destruição tissular e manifestações clínicas e patológicas, caracterizando a doença infecciosa”, cf. Fundação Oswaldo Cruz, “Doenças infecciosas e parasitárias”, *Biblioteca Virtual em Saúde*, disponível em: <<http://www.bvsdip.icict.fiocruz.br>>, consultada em 18/3/2012.

⁶⁹ Stefan Cunha Ujvari, *A história da humanidade contada pelos vírus*, São Paulo: Contexto, 2009, p. 8.

⁷⁰ Nicolas Gualde, *op. cit.*, p. 15 e p. 49. Por exemplo, a boca de um recém-nascido humano permanece estéril por apenas alguns minutos. Rapidamente, ela passa a ser habitada por um bilhão de bactérias por cm² de mucosa, número cem vezes menor que o do interior do intestino, *ibid.*, p. 16.

⁷¹ Stefan Cunha Ujvari, *op. cit.*, p. 8.

⁷² Segundo o *Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, a palavra provém do grego *epí* (sobre, em cima de) e do grego *dêmos* (região, povo, país), Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 1177.

“A primeira acompanha o período neolítico, quando da primeira grande transformação ecológica de origem antrópica. A segunda transição epidêmica data de 2.500 anos; ela segue o período em que diferentes civilizações começaram a comerciar ou a guerrear. A terceira transição acompanha as colonizações europeias, em particular a conquista da América, fonte de um formidável choque ecológico. A quarta e última é a que estamos vivendo: a transição da globalização, da Terra transformada em imensa aldeia”⁷³.

Para a medicina de hoje, uma epidemia significa “a evolução brusca, temporária e significativamente acima do esperado da incidência de uma determinada doença”, causada por “alterações nos fatores relacionados ao agente (físico, químico ou biológico), hospedeiro e/ou ambiente, que constituem a estrutura epidemiológica de uma população em determinado período de tempo e espaço geográfico”⁷⁴.

Assim, a epidemia dá à doença uma dimensão particular, pois “toca todos os domínios da sociedade e desorganiza a vida da cidade, a única que coloca os cadáveres na rua, que muda a tal ponto as mentalidades”⁷⁵. Neste sentido, o “atalho antropológico” do subtítulo (“a epidemia é o homem”) chama a atenção para o fato de que, ao longo da história, as epidemias exerceram bem mais do que uma pressão seletiva determinante sobre as populações. “Eventos sociais totais”, elas confrontam o homem à ameaça radical, sob todas as formas (doença, mal, morte) e efeitos (desordens, violências, medos, estigmatização), a que o ser humano tem

.....
⁷³ Nicolas Gualde, *op. cit.*, p. 19.

⁷⁴ Roberto Medronho, Guilherme Werneck e Maurício Perez, “Distribuição das doenças no espaço e no tempo”, in: Roberto Medronho et al. (org.), *Epidemiologia*, 2.ed., São Paulo: Atheneu, 2009, p. 92. Esta expressão será discutida com maior profundidade mais adiante, quando for apresentado o debate sobre a existência ou não de uma *pandemia*.

⁷⁵ Marie-Thérèse Blondeau, “Notes pour une édition critique de La Peste”. *Roman 20-50*, n. 2, dezembro de 1986, p. 80.

respondido com “medidas de proteção e profilaxia, práticas científicas e médicas, expressões artísticas e simbólicas muito variadas”⁷⁶.

Entre as epidemias, por sua vez, a peste⁷⁷ desempenha um papel de primeiro plano, como “acontecimento seminal” da memória coletiva da humanidade⁷⁸. Ao relatar o segundo ano da Guerra do Peloponeso (430-429 a.C.), Tucídides menciona a primeira aparição da peste em Atenas, a doença mais violenta e assassina de que, naquele tempo, se tinha notícia: “a epidemia nasceu, diz-se, na Etiópia, acima do Egito. De lá espalhou-se pelo próprio Egito, na Líbia e em grande parte dos Estados do rei da Pérsia. Depois ela abateu-se de repente sobre os atenienses”⁷⁹.

Para a medicina antiga, centrada no doente e não nos agentes patológicos, o contágio se explicava pelo desequilíbrio do clima ou do ambiente, que repercutiria sobre o corpo. Hipócrates, hoje considerado o “pai da medicina”, teria acendido grandes fogueiras por toda a cidade de Atenas, a fim de artificialmente modificar o seu clima⁸⁰. Nas sucessivas epidemias, a “desordem dos lugares”

⁷⁶ Dominique Chev , *op. cit.*, p. 315.

⁷⁷ Doença infecciosa aguda,   popularmente conhecida como peste negra, “febre do rato” ou “doença do rato”, e causada pela bactéria *Yersinia pestis*.   transmitida principalmente por picada de pulga infectada, que se manifesta sob três formas clínicas principais: bub nica, septic mica e pneum nica. Segundo o Ministério da Saúde, a peste continua sendo potencialmente perigosa em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil, onde, entre os anos de 1993 a 2007, foram notificados 74 casos de peste humana. Além do potencial epid mico, a doença   de alta letalidade: na forma bub nica, quando não tratada, pode alcançar 50%, enquanto nas formas pneum nica e septic mica podem alcançar uma letalidade próxima de 100%, cf. *Portal da Saúde*, disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/> >, consultado em 18/3/2012.

⁷⁸ John Kelly, *A grande mortandade*, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011, p. 14.

⁷⁹ Tucídides, *La Guerre du P loponn se*, trad. e ed. de Denis Roussel, Paris: Gallimard, 2012, p. 161.

⁸⁰ Roberto Andrade Martins, *Contágio – História da preveno das doenças transmissíveis*, São Paulo: 1997, p. 38.

foi imputada a diversas causas: “muitos nela viam miasmas a perturbar os humores, enviados pelos deuses. Ao desequil rio natural que   o contágio, corresponde o desequil rio religioso. Este pode responder a um desequil rio social”⁸¹.

Embora afirme que “as palavras são impotentes para descrever as características deste mal”, Tucídides já aporta em sua obra os elementos que serão encontrados na maior parte da literatura posterior sobre a peste, entre eles, a “depressão moral” ao perceber-se contaminado, o sofrimento físico “que ultrapassa as forças humanas”, o temor ao contágio, a desordem da cidade, a pilhagem, a incapacidade de gerir os cadáveres; a grande mortalidade dos médicos, os mais expostos   doença, e sua impotência diante dela; a desigualdade na repartio do castigo, a prática de crimes que a morte iminente privaria do castigo, e a crença na confirmao de profecias, pois “as pessoas se arranjavam para que suas lembrancas estivessem de acordo com os sofrimentos do momento”⁸².

Na figura n. 1, Nicolas Poussin retrata um episódio do Antigo Testamento, descrito no primeiro livro de Samuel como uma punio divina infligida aos filisteus que haviam roubado o *Arco da Aliança*⁸³. Tratar-se-ia de um surto de peste numa antiga aldeia mítica de inspirao romana.

Durante séculos, a peste devastou o Oriente e o Ocidente. A violência destruidora da epidemia fez dela um dos “agentes maiores da história dos homens”; portanto, “nem o demógrafo, nem o economista, nem o historiador das mentalidades, da religião, da medicina ou das guerras podem contorná-la”⁸⁴.

⁸¹ Beno t Rossignol, “La peste antonine (166 ap. J.-C.)”, *Hypoth ses* 1/1999, p. 34.

⁸² Tucídides, *op. cit.*, p. 166.

⁸³ Símbolo da aliança entre Deus e Israel, citado mais de 200 vezes na bíblia hebraica, cf. Chiara Mercuri, “Stat inter spinas iliium: le Lys de France et la couronne d’ pines”, *Le Moyen Age*, 2004/3 Tome CX, p. 503.

⁸⁴ Frédérique Audoin-Rouzeau, *Les chemins de la peste – le rat, la puce et l’homme*, Presses Universitaires de Rennes, 2003, p. 15.

Figura n. 1 – A Peste de Ashdod, de Nicolas Poussin (1630-1631)



Fonte: Reprodução de Wikimedia Commons (Museu do Louvre, Paris)

Talvez uma das mais importantes sobreviventes da peste seja a sua arte. Como Poussin, artistas de distintas épocas, representam “os pestilentos mortos e agonizantes, e o horror que eles suscitam entre os sobreviventes”⁸⁵. Uma farta simbologia afirmou-se ao longo dos séculos. Especialmente a partir do século XIV, com a chamada *peste negra*, a iconografia é considerada como o “arquivo sensível” da epidemia, pois as representações da doença “dão corpo ao mal coletivo, expõem a agressão real e oferecem seus traços simbólicos”⁸⁶. Entre estas incontáveis representações, encontram-se imagens de São Sebastião, dito um dos santos antipestilentos: “por que ele sobreviveu às flechas dos homens, ele foi encarregado de proteger contra as flechas de Deus”; ou de São Roque, cujo bubão aparecia em diferentes lugares do corpo, a depender do pudor

⁸⁵ Jean Vitaux, *Histoire de la Peste*, Paris: PUF, 2010, p. 184.

⁸⁶ Dominique Chev e e Michel Signoli, “Corps dans la tourmente  pid mi- que – Images de peste en mandchourie”, *Corps* 1/2007 (n. 2), p. 75.

do artista⁸⁷. Em diapasão distinto,   conhecida a sinistra imagem do *médico da peste*: “alguns médicos inventaram uma máscara e um roup o para se protegerem do contágio. Esta vestimenta os tornou alvo fácil da sátira e da caricatura”⁸⁸, como demonstra a figura n. 2.

Figura n. 2 – *Doutor Schnabel de Roma*, de Paul Fürst (1656)



Fonte: Reprodu o de Wikimedia Commons (Die Karikatur und Satire in der Medizin: Medico-Kunsthistorische Studie von Professor Dr. Eugen Holl nder, 2. ed., Stuttgart: Ferdinand Enke, 1921, fig. 79).

A peste negra, que teria exterminado um terço ou um quarto da popula o europeia – entre 20 e 30 milhões de pessoas – , foi trazida pelas rotas marítimas e terrestres da seda: “12 embarca es

⁸⁷ Jacqueline Brossollet e Henri Mollaret, *Pourquoi la peste? Le rat, la puce et le bubon*, Paris: Gallimard, 1994, p. 29 e 53.

⁸⁸ Henry Sigerist, *op. cit.*, p. 30.

genovesas contaminadas pela peste, que partiram de Constantinopla em novembro de 1347, fizeram escala em Messina, de onde o mal se difundiu rumo às ilhas vizinhas, e depois a Gênova e Marselha⁸⁹. Entre 1348 e 1350, a doença invadiu toda a França, seguindo as estradas e os rios. Ela “poupa as regiões montanhosas, mas devasta as cidades comerciantes e as zonas populosas. Nenhuma epidemia até então havia trazido tanta destruição”⁹⁰.

A exemplo do que havia ocorrido em outras epidemias, o homem interrogava-se sobre a origem de tamanha desgraça: “a catástrofe epidêmica é um momento que exige sentido pois as coisas e os fatos não mais correspondem a eles mesmos”⁹¹. A epidemia favorece, assim, a aparição dos *bodes expiatórios*:

“Esta hemorragia humana exacerba as populações, que acusam os judeus e os leprosos de propagar o mal, envenenando a água dos poços. O Papa Clemente VI abre Avignon e Comtat-Venaissin a todos os perseguidos, proibindo rigorosamente os massacres, como o que ocorreu em Estrasburgo, onde 900 judeus foram queimados vivos numa fossa do seu cemitério. Paralelamente, ele condenava as manifestações de flagelantes que percorriam a Europa cantando cânticos e chicoteando-se durante 33 dias e meio, ou seja, os anos da vida de Cristo. Vestidos com longas roupas marcadas por uma cruz e um capuz sobre a cabeça, estes penitentes, estimados em 800.000, comprometiam a população a expiar suas faltas e a acalmar a cólera de Deus numa grande histeria coletiva. O chamado pontifical – nos seguintes termos: *já os flagelantes, sob o pretexto de piedade, fizeram correr o sangue dos judeus que a caridade cristã deve preservar e proteger... pode-se temer que por sua audácia e insolência, um grave grau de perversão seja alcançado, se medidas severas não forem tomadas* – foi ouvido

⁸⁹ Monique Lucenet, “La peste, fléau majeur”, *Histoire de la médecine*, Bibliothèque interuniversitaire de médecine et d'odontologie, s/d, publicado em <www.bium.univ-paris5.fr>, p. 2.

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ Benoît Rossignol, *op. cit.*, p. 34

pelo Rei Felipe VI que, em 13 de fevereiro de 1350, ordena o final desta seita danada e reprovada pela Igreja”⁹².

Os judeus foram perseguidos, em especial na Alemanha, e queimados aos milhares, o que constitui o tema da Figura n. 3. Conhecida como a “matança dos judeus”, trata-se de uma gravura da célebre obra *Liber chronicarum*⁹³, publicada em 1493. Considerando que os nobres e as autoridades municipais tinham muitas dívidas para com os judeus, “a peste lhes deu a oportunidade de se livrarem de seus desprezados credores”⁹⁴.

Figura n. 3 – *Matança de judeus*, de Michael Wolgemut e Wilhelm Pleydenwurff (1493)



Fonte: Reprodução de Wikimedia Commons

⁹² Monique Lucenet, *op. cit.*, p. 3.

⁹³ Conhecida como *Nuremberg Chronicle*, escrita pelo médico Hartman Schedel, com ilustrações de Michael Wolgemut e Wilhelm Pleydenwurff. Disponível para download em Universidade de Sevilha, Biblioteca, *Fondo Antiguo* <<http://fondosdigitales.us.es/media/books/168/liber-chronicarum.pdf>>.

⁹⁴ Henry Sigerist, *op. cit.*, p. 125.

Esta breve referência à história das epidemias pretende frisar três aspectos que me parecem cruciais para a compreensão do seu impacto sobre a sociedade, em especial sob a perspectiva do direito.

O primeiro deles é a ideia de *desordem*, em diversos planos, ponto em comum entre todas as narrativas conhecidas. Uma epidemia “não é somente a devastação e o sofrimento causado pela propagação de uma infecção; é, ainda, a desorganização brutal que se segue, o aviltamento do Estado, a desagregação das autoridades, das estruturas sociais e das mentalidades”⁹⁵. Há um momento em que Tucídides afirma: “não se era mais contido nem pelo temor de Deus, nem pelas leis humanas”⁹⁶. De Lucrécio a Boccaccio, passando por Thomas Mann, Antonin Artaud e Albert Camus, afirma-se um clichê: “destruição massiva, desorganização massiva”, eis o duplo e multissecular esquema da crise epidêmica, intacto até os nossos dias⁹⁷.

Em segundo lugar, se é verdade que, no mais das vezes, a fé declinou diante do horror causado pela epidemia⁹⁸, não faltaram na história das epidemias os episódios de apropriação das crenças pelo poder. Um exemplo impactante da relação entre política, doença e religião é o colapso dos impérios ameríndios, no qual as doenças trazidas pelo colonizador europeu, especialmente a varíola, tiveram

.....
⁹⁵ Patrick Zylberman, “Crises sanitaires, crises politiques”, *Les Tribunes de la santé* 1/2012, n. 34, p. 38.

⁹⁶ *Op. cit.*, p. 165.

⁹⁷ Patrick Zylberman, *op. cit.*, p. 38.

⁹⁸ Num relato sobre a peste de Toulon, no século XVIII, Michel Vergé-Franceschi sustenta que “a fé no Bom (?) Deus foi abalada. Lemontey escreveu acerca dos sobreviventes: ‘usa-se os prazeres da riqueza com um ardor que beira ao desvario ... as mulheres perdem todo o pudor’. Libertados de um cônjuge frequentemente imposto pelo pai, o tio ou o tutor, os sobreviventes atiram-se em novos casamentos rápidos, concluídos por escolha pessoal ou ditados por interesses econômicos: 722 casamentos desde 1721, quatro vezes mais do que em 1720! Ou seja, 1.544 cônjuges sobre cerca de 5 mil sobreviventes! (...) Outra consequência da peste foi a de povoar Toulon de não toulonenses. (...) Aí estão as verdadeiras consequências da peste, demográficas e mentais”, cf. “1720-1721 : la peste ravage Toulon”, *Annales de Bretagne et des Pays de l’Ouest*, 114-4, 2007, Parágrafo 20.

um papel hoje incontestável. Os astecas, por exemplo, diante da imprevista imunidade dos espanhóis, interpretaram a morte massiva do seu povo – estimada em um terço ou metade da população –, como uma clara vitória do Deus cristão sobre os seus deuses⁹⁹.

No Velho Mundo, um outro exemplo, o da crença na “cura milagrosa” pelo simples toque, atribuída aos Reis da França e da Inglaterra (“O rei te toca, Deus te cura”), remonta provavelmente ao século XII¹⁰⁰. A figura n. 4 é particularmente ilustrativa da extensa repercussão desta prática.

Figura n. 4 – Bonaparte visitando os pestilentos de Jaffa em 11 de março de 1799, de Antoine-Jean Gros (1804)



Fonte: Reprodução de Wikimedia Commons (Museu do Louvre)

Em 1804, Napoleão Bonaparte encomendou uma obra de propaganda ao Barão Antoine-Jean Gros, provavelmente a fim de

.....
⁹⁹ Michael Oldstone, *Viruses, plagues, and history: past, present, and future*, Nova Iorque: Oxford University Press, 2011, p. 5.

¹⁰⁰ Tradução estudada na magistral obra de Marc Bloch, *Les rois thaumaturges*, Paris: Gallimard, 1983.

obnubilar as notícias sobre as atrocidades da Campanha da Síria¹⁰¹. A obra retoma oportunamente a tradição dos reis taumaturgos, eis que Napoleão foi sagrado Imperador semanas após a sua apresentação. A cena retratada é a controversa visita de Napoleão, em 1799, aos soldados franceses que foram vítimas de um surto de peste bubônica¹⁰². Entretanto, diz-se que Napoleão jamais tocou os doentes; ao contrário, teria ordenado o seu sacrifício. Mais do que uma audaciosa falsidade, o quadro é percebido como uma representação pública do futuro Imperador e dos soldados franceses “em meio a tudo que excede o controle do Estado”¹⁰³.

O terceiro aspecto a destacar diz respeito à relevância do comércio, eis que o estabelecimento das rotas comerciais atribuiu à propagação das doenças contagiosas uma evidente vocação internacional. Uma das normas internacionais sanitárias mais marcantes da história surgirá justamente do temor à peste. No século XIV, mais por pragmatismo do que por ciência, Veneza instituiu a primeira interseção normativa entre saúde e comércio internacional: a quarentena¹⁰⁴. Acreditava-se que a peste “vinha de fora e invadia

101 David O'Brien, “Propaganda and the Republic of the Arts in Antoine-Jean Gros’s Napoleon Visiting the Battlefield of Eylau the Morning After the Battle”, *French Historical Studies* v. 26, n. 2, 2003, p. 299. Uma das atrocidades foi o massacre de 3 a 4 mil prisioneiros turcos em Jaffa (território que hoje faz parte da cidade de Tel Aviv, Israel), denunciado por Sir Robert-Thomas Wilson, em seu famoso livro *History of the British Expedition to Egypt*, publicado em 1804. Parte deles foi morta a golpes de baionetas e armas brancas, por economia de munição, cf. M. Miot, “Récit du massacre des prisonniers turcs à Jaffa, témoin oculaire”, *L’Ambigu: ou Variétés littéraires, et politiques*, v. 47, 1814, p. 296-298.

102 Darcy Grimaldo Grigsby, “Rumor, Contagion, and Colonization in Gros’s Plague-Stricken of Jaffa (1804)”, *Representations* n. 51 (Verão, 1995), p. 7. *Ibid.*, p. 35.

104 Deisy Ventura, “Saúde Internacional”, in: Maria Célia Delduque et al., *O Direito Achado na Rua – Introdução Crítica ao Direito à Saúde*, v. 4, Brasília: CEAD/UnB, 2009. E ainda: “Os evidentes embaraços que o isolamento prolongado das embarcações causava aos negócios permitem entender porque as primeiras autoridades sanitárias foram, em sua maioria, os comerciantes, e não os médicos”, *ibid.*

a comunidade”; assim, em épocas de epidemias, as cidades mantinham seus portões fechados e vigiavam cuidadosamente as estradas:

“fumigava-se a correspondência e se banhavam, em vinagre, moedas e outros objetos. Sabia-se que a peste tinha origem no Oriente e que vinha por estradas e, em particular, pelas vias marítimas; os pontos mais perigosos, portanto, estavam nas cidades portuárias. Em 27 de julho de 1377, o Conselho da cidade de Ragusa [atual Dubrovnik, na Croácia] ordenou que se impedisse a entrada na cidade de todos os viajantes oriundos de países assolados pela peste, a não ser que tivessem passado um mês na ilha de Mercano [atual Mrkan, na Croácia], *ad purgandum*. Veneza seguiu o exemplo e segregou, na ilha de San Lazzaro, quem vinha do mar. Eventualmente, estendeu-se este período, de um mês, para quarenta dias, origem do nome *quarentena* para uma das mais importantes medidas sanitárias nascidas na Idade Média”¹⁰⁵.

Para alguns, a reclusão não era suficiente. No século XVI, o Ducado de Milão mantinha agentes em território suíço para examinar viajantes na via de São Gotardo: “o medo da peste impunha esta intramissão sobre a soberania de uma potência estrangeira”¹⁰⁶.

1.2. As origens da “saúde internacional”

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, numerosas reclamações foram trocadas entre Estados marítimos sobre restrições do comércio impingidas por quarentenas consideradas abusivas e também em oposição às medidas reputadas extraterritoriais, que visavam à prevenção de epidemias; ao final do século XIX, acordos bilaterais instituíram a prevenção conjunta da propagação de certas doenças infecciosas, prevendo inclusive a notificação de tais enfermidades¹⁰⁷.

Em 23 de julho de 1851, abriu-se a primeira Conferência Sanitária Internacional, em Paris – vinte anos após a irrupção do cólera

105 Henry Sigerist, *op. cit.*, p. 98.

106 *Ibid.*

107 Jean Salmon, *op. cit.*, p. 29.

na Europa -, com o objetivo de chegar a um acordo, entre doze Estados, sobre as prescrições mínimas da quarentena marítima, a fim de “prestar importantes serviços ao comércio e à navegação, sempre salvaguardando a saúde pública”¹⁰⁸. A segunda Conferência, que curiosamente não contava com médicos entre os membros das delegações nela representadas, ocorreu novamente em Paris, em 1859; a terceira, realizou-se em Constantinopla, em 1866; a quarta, em Viena, em 1874; a quinta, em Washington, em 1881; outras conferências ocorreram em Roma (1885), Veneza (1892), Dresde (1893), mais uma vez em Paris (1894) e novamente em Veneza (1897), todas elas resultando em convenções de alcance limitado, referentes à prevenção do cólera ou da peste¹⁰⁹.

Em 1926, uma nova convenção sanitária internacional cobre a febre amarela, o tifo e a varíola, empregando os mesmos métodos das convenções anteriores: desinfecção de navios, pessoas, roupas e mercadorias a partir do momento em que uma infecção é deflagrada; isolamento dos *suspeitos*, quarentena ou tratamento de doentes em lugares isolados; desratização e eliminação de mosquitos dos navios¹¹⁰. Aquela época foi marcada por um novo comportamento, dito *higienista*: de um lado, lutava-se para fazer desaparecer as epidemias; de outro, educava-se a população para que facilitasse a luta contra a doença – assim, naquele momento, o indivíduo tornou-se o alvo principal da saúde pública, em detrimento do ambiente social e político no qual ele evoluiu¹¹¹.

Nos primeiros 100 anos da chamada *diplomacia sanitária internacional*, começada em 1851, um “imenso corpo de direito internacional sobre saúde pública, hoje largamente esquecido, foi criado”, cujas características básicas são: a tendência de internacionalizar a saúde em função do comércio; a necessidade de cooperação que

¹⁰⁸ OMS, *Les dix premières années de l'organisation mondiale de la santé*, Genebra: OMS, 1958, p. 6.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 11-14.

¹¹⁰ Jean Salmon, *op. cit.*, p. 31.

¹¹¹ Patrice Bourdelais, *op. cit.*, p. 21.

os riscos de contaminação impunham aos Estados; o envolvimento de corporações multinacionais e de atores não governamentais em numerosas iniciativas; e a grande diversidade entre os resultados dos diferentes regimes jurídicos adotados¹¹².

Paralelamente, transcorreu a institucionalização de repartições sanitárias. O escritório sanitário de Alexandria constituiu provavelmente o mais antigo organismo sanitário do mundo, porque ele remonta à criação, por Mehemet Ali, em 1831, de um organismo destinado a combater as epidemias propagadas pelos peregrinos aos lugares santos do Islã¹¹³. Em 1927, o escritório de Alexandria tomou-se a repartição regional de outro organismo, desta vez com pretensão de universalidade: o *Escritório Internacional da Higiene Pública*, criado em 1907, com sede em Paris, e considerado “a primeira instituição internacional na área da saúde”^{114 115}.

¹¹² David Fidler, *The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy*, *Bulletin of the WHO*, 2001, 79 (9), p. 846.

¹¹³ Denys Simon, “L'interprétation de l'accord du 25 mars 1951 entre l'OMS et l'Égypte”, *Revue Générale de Droit International Public*, out.-dez./1981, p. 797.

¹¹⁴ Ricardo Seitenfus, *Manual das Organizações Internacionais*, 5 ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p. 237.

¹¹⁵ Bem mais tarde, em 21/5/1980, a OMS apresentou sua primeira demanda de *opinião consultiva* ao *Tribunal Internacional de Justiça* (criado em 1945, com sede em Haia, tendo seu Estatuto o valor de anexo à *Carta de São Francisco* que constituiu a Organização das Nações Unidas, ONU). Seu escopo foi obter uma interpretação fidedigna do acordo de sede firmado com o Egito sobre a instalação da repartição em Alexandria. As questões da OMS versavam sobre os efeitos de eventual transferência desta repartição para a Jordânia. Em acórdão de 20/12/1980, o TIJ emitiu “uma espécie de *judgmento de Salomão*, remetendo às partes envolvidas a preocupação de reger a transferência da repartição de acordo com diretivas flexíveis fundadas em princípios equitativos, tendo em conta as circunstâncias particulares do caso”, cf. Denys Simon, *op. cit.*, p. 841. Atualmente, a OMS tem escritórios no Cairo, Egito, e em Amã, Jordânia. A segunda demanda de opinião consultiva formulada pela OMS foi recusada pelo TIJ, v. *Legality of the Use by a State of Nuclear Weapons in Armed Conflict*, Advisory Opinion, I.C.J. Reports 1996, p. 66.

Nas Américas, uma *Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas* foi criada, na cidade de Washington, em 1902, vindo a tornar-se, mais tarde, a *Organização Pan-Americana da Saúde* – OPAS¹¹⁶.

Em 1920, começa a funcionar a *Organização de Higiene da Sociedade das Nações*¹¹⁷, com sede em Genebra, baseada no artigo 23 f do Pacto de 1919, segundo o qual “os Estados-membros esforçar-se-ão para tomar medidas de ordem internacional a fim de prevenir e combater as doenças”¹¹⁸. Dificuldades políticas impediram a fusão da organização genebrina com a parisiense, o que não as privou de manter um vínculo orgânico¹¹⁹.

A organização da Sociedade das Nações

“tinha orçamento pequeno, e defrontou-se com oposição velada de outras organizações nacionais e internacionais, inclusive do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. Apesar dessas complicações, que limitavam a eficácia da Liga, tanto o *Office Internationale d’Hygiène Publique* quanto a *Health Organisation* sobreviveram

¹¹⁶ Brown et al., *op. cit.*, p. 627. Sobre a OPAS [hoje OPS], ver especialmente Paul Weindling. As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920 a 1940. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2006, v. 13, n. 3, p. 555-570.

¹¹⁷ “Tanto a expressão Sociedade como Liga [das Nações] são oficiais. No entanto possuem conotações distintas, pois a primeira fornece uma ideia de relacionamento harmonioso e igualitário, enquanto a segunda acentua o aspecto contratual, objetivando lutar contra alguém ou contra algo”, Ricardo Seitenfus, *op. cit.*, p. 105.

¹¹⁸ O primeiro *informativo semanal* da *Seção de Higiene* do Secretariado da Sociedade das Nações foi publicado em 1/4/1926, contendo informações sobre a peste, o cólera, a febre amarela e a varíola recebidos na semana que terminou em 31/3/1926. Até hoje, a OMS mantém este informativo, rebatizado *The Weekly Epidemiological Record* (WER), disponibilizando todos os seus arquivos em seu site oficial na internet, disponível em: <www.who.org>.

¹¹⁹ Sociedade das Nações, *Bulletin de l’Organisation d’hygiène – Bibliographie des travaux techniques de l’Organisation d’hygiène des Nations Unies, 1920-1945*, v. XI, Genebra, 1945.

durante a Segunda Guerra mundial, e estiveram presentes no crítico momento do pós-guerra, quando seria definido o futuro da saúde internacional¹²⁰.

A partir de 1946, o Escritório de Paris foi dissolvido e seu serviço epidemiológico foi oficialmente transferido à *Comissão Interimária* [responsável pela implantação da] *OMS*, em 1º de janeiro de 1947¹²¹. Conforme o *Protocolo relativo ao Escritório de Higiene Pública*¹²², as tarefas outrora a ele confiadas por diversas convenções internacionais foram então transferidas à nascente OMS¹²³.

1.3. O surgimento da OMS

A *Conferência das Nações Unidas sobre a organização internacional*, ocorrida em São Francisco (Estados Unidos), em 1945, resultou na *Carta de São Francisco*, tratado constitutivo da *Organização das*

¹²⁰ Brown et al., *op. cit.*, p. 627.

¹²¹ Os arquivos do Escritório de Higiene compreendem principalmente patentes sanitárias marítimas, certificados de desratização, correspondência com os Estados sobre o acordo de Roma etc. O inventário destes arquivos encontra-se disponível no site oficial da OMS: <www.who.org>.

¹²² Concluído em Nova Iorque, em 22/7/1946 e internalizado no Brasil pelo Decreto n.26.042, de 17/12/1948, sob a denominação de *Repartição*, sendo a expressão *Escritório* mais utilizada pela doutrina – texto original disponível em: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/18/0.810.11.fr.pdf>.

¹²³ São elas: *Convenção Sanitária Internacional*, de 21/6/1926, e suas modificações de 1938 e 1944; *Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea*, de 1933, e suas modificações de 1933; *Acordo internacional relativo às facilidades a conceder a marinheiros do comércio para tratamento de doenças venéreas*, de 1924; *Convenção do ópio*, de 1925; *Convenção para limitar a fabricação e regulamentar a distribuição de entorpecentes*, de 1931; *Convenção relativa ao soro antitíférico*, de 1930; *Convenção internacional sobre a proteção mútua contra a dengue*, de 1934; *Acordo internacional concernente à supressão das patentes de saúde*, de 1934; *Acordo internacional concernente à supressão de vistos consulares sobre patentes de saúde*, de 1934; e o *Acordo internacional sobre o transporte de corpos*, de 1937, *ibid.*, Anexo I.

Nações Unidas – ONU, firmado em 26 de junho e vigente desde 24 de outubro daquele mesmo ano. Em seu artigo 59, a Carta prescreve:

“A Organização, quando for caso, iniciará negociações entre os Estados interessados para a criação de novas organizações especializadas que forem necessárias ao cumprimento dos objetivos enumerados no artigo 55”.

O artigo 55 da Carta, por sua vez, estipula:

“Com o fim de criar condições de estabilidade e bem-estar, necessárias às relações pacíficas e amistosas entre as Nações, baseadas no respeito do princípio da igualdade de direitos e da autodeterminação dos povos, as Nações Unidas promoverão:

A elevação dos níveis de vida, o pleno emprego e condições de progresso e desenvolvimento econômico e social;

A solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, de **saúde** e conexos, bem como a cooperação internacional, de caráter cultural e educacional;

O respeito universal e efetivo dos direitos do homem e das liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião” (sem grifo no original)¹²⁴.

.....
¹²⁴ O artigo 57 acrescenta que “As várias organizações especializadas, criadas por acordos intergovernamentais e com amplas responsabilidades internacionais, definidas nos seus estatutos, nos campos econômico, social, cultural, educacional, **de saúde** e conexos, serão vinculadas às Nações Unidas” (sem grifo no original), e serão designadas como “organizações especializadas”. Conforme o artigo 58, a ONU “fará recomendações para coordenação dos programas e atividades das organizações especializadas”. O artigo 13 determina que a “Assembleia Geral promoverá estudos e fará recomendações, tendo em vista: a) Fomentar a cooperação internacional no plano político e incentivar o desenvolvimento progressivo do direito internacional e a sua codificação; b) Fomentar a cooperação internacional no domínio econômico, social, cultural, educacional e **da saúde** e favorecer o pleno gozo dos direitos do homem e das liberdades fundamentais, por parte de todos os povos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião” (sem grifo no original).

Não restam dúvidas, portanto, de que a saúde é um dos campos de atividade cobertos pelas competências do sistema onusiano desde sua origem¹²⁵. Neste sentido, a Conferência de São Francisco adotou uma proposta de declaração apresentada pelas delegações do Brasil¹²⁶ e da China, com o seguinte teor:

“As delegações do Brasil e da China recomendam que uma conferência geral seja convocada nos próximos meses com vista ao estabelecimento de uma organização internacional da saúde. Elas têm a intenção de consultar os representantes de outras delegações a fim de chegarem a um acordo sobre a convocação, em data próxima, de tal conferência, à qual cada um dos governos aqui representados será convidado a enviar representantes. Elas recomendam que, quando da elaboração de um plano visando à criação de uma Organização Internacional da Saúde, proceda-se

.....
¹²⁵ “As organizações internacionais multiplicam-se à medida que aumenta a conscientização a respeito dos problemas especificamente internacionais, ante os quais são impotentes os Estados, mesmo os que se arrogam a condição de mais poderosos, evidenciando as crescentes necessidades de operação coordenada”, Hildebrando Accioly *et al.*, *Manual de Direito Internacional Público*, 16 ed., São Paulo: Saraiva, 2008, p. 394.

¹²⁶ A delegação brasileira na Conferência de São Francisco foi chefiada por Estêvão Leitão de Carvalho. O protagonismo brasileiro deve-se, em parte, ao fato de que o Brasil era percebido pelos Estados Unidos “como parceiro confiável e aliado fiel”, a ponto de se ter cogitado seu pertencimento ao Conselho de Segurança da ONU na qualidade de sexto membro permanente, cf. Eugênio V. Garcia, “De como o Brasil quase se tornou membro permanente do Conselho de Segurança da ONU em 1945”, *Revista brasileira de política internacional* 2011, v. 54, n. 1, p. 175. Ao menos até a *Conferência de Dumbarton Oaks*, em 1944, “as credenciais pouco democráticas de Vargas não eram obstáculo a uma estreita cooperação entre os dois países. Enquanto prevalecessem os imperativos estratégicos da guerra e da alta política mundial, em tempos de polarização ideológica e embate global com o nazifascismo, de menor relevância era a natureza do regime político brasileiro. A longa noite autoritária do Estado Novo não obscurecia o fato de que o Brasil, com Vargas e Oswaldo Aranha, havia-se revelado um apoio vital aos EUA nos momentos de necessidade”, *ibid.*, p. 160.

ao exame aprofundado dos métodos a seguir, com respeito a tal organização, para amalgamá-la a outras instituições, nacionais ou internacionais, que já existem ou poderiam ser criadas posteriormente no domínio da saúde. Elas recomendam que a Organização Internacional da Saúde, que é o objeto desta proposição, seja vinculada ao Conselho Econômico e Social¹²⁷.

Assim, o Conselho Econômico e Social da ONU convocou uma *Comissão Técnica Preparatória* (de uma futura conferência para criação de uma organização internacional de saúde), que se reuniu em Paris, entre 18 de março e 5 de abril de 1946, presidida pelo belga René Sand¹²⁸. Sua missão foi a de elaborar uma proposta de carta constitutiva para a nova organização, além de um projeto de ordem do dia para a Conferência.

Reunindo dezesseis especialistas de saúde pública que nela atuaram *intuitu personae*¹²⁹, a Comissão contou ainda com representantes de quatro organizações: a *Organização Sanitária Panamericana*, a *Organização de Higiene das Nações Unidas*, o *Escritório das Nações Unidas para o Auxílio e a Reabilitação* (UNRRA) e o *Escritório Internacional de Higiene Pública*¹³⁰.

¹²⁷ ONU, AG-012, *Fonds d'archives de la Conférence des Nations Unies sur l'Organisation internationale* (UNCIO), S-1018, Commissions et comités techniques de l'UNCIO, II/3/32, documento 614.

¹²⁸ Físico de formação, René Sand foi um dos precursores da medicina social e um grande internacionalista do entreguerras. Sobre sua biografia, v. Alain Anciaux, *René Sand et la culture des valeurs humaines*, Ottawa: Conseil international de l'action sociale, 1988; e, mais recentemente, Kerstin Eilers, "René Sand (1877-1953) and His Contribution to International Social Work, IASSW-President 1946-1953", *Social Work & Society* v. 6, 2008, p. 142-148.

¹²⁹ Oriundos de Argentina, Bélgica, Brasil, Canadá, China, Egito, Estados Unidos, França, Grécia, Índia, Inglaterra, Iugoslávia, México, Noruega, Polónia e Tchecoslováquia. Participaram, ainda, onze conselheiros ou suplentes, cf. OMS, *Actes officiels de l'OMS n. 1 - Résumé des débats de la Commission technique préparatoire de la Conférence internationale de la santé*, Genebra: OMS, outubro de 1947, p. 5-6.

¹³⁰ *Ibid.*

Da análise das atas das reuniões desta Comissão, emerge o importante papel exercido pelo brasileiro Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951). Nascido em Itu, numa família tradicional de fazendeiros, Paula Souza era Professor da *Faculdade de Medicina de São Paulo*, quando foi enviado a Baltimore (Estados Unidos)¹³¹. Lá permaneceu, de 1918 a 1921, cursando uma especialização em saúde pública na *Johns Hopkins University*, graças a um convênio com a *Fundação Rockefeller* que visava à criação de um laboratório de higiene, vinculado à cátedra de higiene. O laboratório, rebatizado, em 1924, de *Instituto de Higiene*, deu origem à atual *Faculdade de Saúde Pública* da Universidade de São Paulo, e foi dirigido por Paula Souza, de 1922 até sua morte.

É provável que o espaço destacado de atuação dos sanitários brasileiros daquele período deva-se, ao menos em parte, aos vínculos que estabeleceram durante sua formação. Entre 1917 e 1942, a *Fundação Rockefeller* leva aos Estados Unidos (especialmente à *Johns Hopkins University*) mais de 300 estudantes, sobretudo brasileiros, promovendo, em benefício do continente norte-americano, uma reorientação dos fluxos de estudantes outrora majoritariamente dirigidos à Europa, e em particular à Faculdade de Medicina de Paris¹³². A finalidade deste intercâmbio foi a de formar as elites capazes de assumir a direção das faculdades de medicina, dos hospitais e das administrações de saúde pública

¹³¹ Jayme Brener (org.), *A Casa de Higiene: o percurso da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo 1918-2010*, São Paulo: Ex Libris, 2010, p. 34-46.

No Brasil, à testa do *Serviço Sanitário do Estado de São Paulo* entre 1924 e 1927, foi um dos mais importantes formuladores de políticas públicas de saúde do Brasil, exercendo influência decisiva sobre o *Código Sanitário* de 1925. Foi igualmente chefe da área social do *Serviço Social do Indústria* (SESI) de 1946 até seu falecimento. Ver ainda Lina Faria, "A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitário paulista", *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* 2005, v. 12, n. 3, p. 1011-1024.

¹³² Ludovic Tournès, "La fondation Rockefeller et la naissance de l'universisme philanthropique américain", *Critique internationale* n. 35, 04-06/2007, p. 189.

que a Fundação financiava na América do Sul. Naturalmente, tais atores tendiam a ser os representantes de seus Estados em foros internacionais, sendo também vocacionados para trabalhar como agentes internacionais. Embora impregnados da percepção norte-americana, outorgavam aos jovens organismos internacionais uma aura de maior representatividade.

Paula Souza, por exemplo, de 1927 a 1929, trabalhou na Seção de Saúde da *Liga das Nações*; em 1944, foi convidado a chefiar a área de controle epidêmico do UNRRA, nos Estados Unidos¹³³. Presidiu a *Sub-Comissão para o estudo da ordem do dia da vindoura conferência*¹³⁴ e, alguns meses depois, tornou-se um dos vice-presidentes da Conferência Internacional da Saúde¹³⁵.

Por iniciativa do psiquiatra George Brock Chisholm (1896-1971)¹³⁶, a Comissão Técnica alterou a denominação inicialmente proposta pelo Brasil e pela China, de uma Organização *Internacional da Saúde*, para Organização **Mundial** da Saúde, com o escopo de “bem demarcar que a organização, diferentemente de outras instituições,

excederá o âmbito internacional”¹³⁷. No momento desta deliberação, em 22 de março de 1946, o médico Szeming Sze, técnico sênior da *Administração Nacional da Saúde* da China, explicou à Comissão Técnica que Brasil e China, ao empregar o termo *internacional*, quiseram demarcar-se das instituições que se definiam como “das Nações Unidas”, considerando a necessidade de adotar um “nome concebido em termos mais amplos”. Ainda segundo a ata,

“o Dr. Sze apoia, então, calorosamente o nome de *Organização Mundial da Saúde* que foi proposto. A Organização poderá se permitir por ser a primeira a reconhecer que o mundo entra numa nova era”¹³⁸.

Em 11 de junho de 1946, o Conselho Econômico e Social da ONU adota a resolução que aprova as recomendações da Comissão Técnica e transmite à Conferência Internacional da Saúde as diversas observações feitas pelos membros do Conselho a respeito do projeto de Constituição da nova organização¹³⁹.

Em Nova Iorque, de 19 de junho a 22 de julho de 1946, teve lugar, finalmente, a Conferência Internacional da Saúde, reunindo 64 Estados¹⁴⁰, além de observadores: das autoridades aliadas de

¹³⁷ Na proposta de Chisholm, “organização mundial ou universal da saúde”, OMS, *Actes officiels de l'OMS n. 1, op. cit.*, p. 17.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 19. O entusiasmo da delegação chinesa (apoiada por Argentina, Brasil, México, República Dominicana e Ucrânia) não impediu que durante a Conferência Internacional da Saúde, ocorresse acalorado debate em torno do nome da organização, eis que o Reino Unido (apoiado por Austrália, Holanda e Panamá) insistia em ressaltar o pertencimento da organização às Nações Unidas, cf. *Actes officiels de l'OMS n. 2, op. cit.*, p. 16.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 119-121.

¹⁴⁰ Entre os membros das Nações Unidas, 51 Estados: Arábia Saudita, Argentina, Austrália, Bélgica, Bolívia, Brasil (sendo delegados brasileiros, além de Paula Souza, Alberto Carneiro, Roberto de Oliveira Campos e João Augusto de Araújo Castro), Canadá, Chile, China, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Egito, Equador, Estados Unidos (com a maior delegação, de 24 membros), Etiópia, França,

¹³³ Jayme Brenner (org.), *op. cit.*, p. 34-46.

¹³⁴ Além de participar de duas outras sub-comissões: a de metas e objetivos, e a para o organismo diretor. No debate sobre o capítulo relativo aos objetivos da nova organização, uma de suas falas chama particular atenção: “no que concerne ao parágrafo (b) ‘Prevenir as doenças e evitar sua propagação’, o Dr. Paula de Souza sublinha, que no domínio internacional, há países que ‘exportam’ doenças e outros que as ‘importam’. Seria necessário estabelecer uma diferenciação entre estes dois grupos e formular, neste ponto, princípios claramente definidos”, cf. OMS, *Actes officiels de l'OMS n. 1, op. cit.*, p. 17.

¹³⁵ Os demais Vice-Presidentes foram James Kofoi Shen (China), André Cavaillon (França), Wilson Jameson (Reino Unido) e F. G. Krotkov (União Soviética), *Actes officiels de l'OMS n. 2 – Débats et actes finaux de la Conférence Internationale de la Santé*, Genebra, junho de 1948, p. 6.

¹³⁶ Veterano da Primeira Guerra Mundial, à época Ministro Adjunto da Saúde do Canadá, veio a ser o secretário executivo da *Comissão Interina da OMS*, de 1946 a 1948, e o primeiro diretor-geral da OMS, de 1948 a 1953.

controle da Alemanha, da Coreia e do Japão; de organizações internacionais¹⁴¹ e da *Fundação Rockefeller* – cuja presença (com cinco representantes) não deve surpreender, pois ela foi uma grande colaboradora da Sociedade das Nações, sobretudo de seus comitês técnicos¹⁴².

.....
Grécia, Guatemala, Haiti, Holanda, Honduras, Índia, Irã, Iraque, Líbano, Libéria, Luxemburgo, México, Nicarágua, Noruega, Nova Zelândia, Panamá, Paraguai, Peru, Polónia, República Dominicana, República das Filipinas, República Socialista Soviética da Bielorrússia, República Socialista Soviética da Ucrânia, Reino Unido, Salvador, Síria, Tchecoslováquia, Turquia, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, União Sul-africana, Uruguai, Venezuela e Yugoslávia. Entre os não membros, 13 Estados: Albânia, Áustria, Bulgária, Finlândia, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Portugal, São, Suécia, Suíça e Transjordânia, cf. listas das delegações e de seus membros, *ibid.*, p. 7-15.

¹⁴¹ Foram elas: UNRRA, Escritório Sanitário Panamericano, Federação Sindical Mundial, Liga das Sociedades da Cruz Vermelha, Escritório Internacional de Higiene Pública, Organização Provisória da Aviação Civil Internacional, Organização Internacional do Trabalho, Organização para a Alimentação e a Agricultura e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

¹⁴² Em 1922, por exemplo, ela concede uma subvenção de 340 mil dólares à Organização da Higiene, cf. Paul Weindling, "Philanthropy and World Health: The Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organisation", *Minerva* v. 35 (3), 1997, p. 269. Tal cooperação se explica facilmente: "As grandes fundações filantrópicas (*Russel Sage, Carnegie, Rockefeller, Milbank Memorial Fund, Julius Rosenwald Fund, Twentieth Century Fund, Commonwealth Fund*) foram criadas ao longo das duas primeiras décadas do século XX, numa América em plena expansão econômica. Elas são, de um lado, produtos do capitalismo selvagem, pois foram fundadas por grandes industriais que são seus atores (Carnegie, Rockefeller, Rosenwald, Filene...), mas se pretendem igualmente organismos de regulação dos problemas sociais engendrados pela industrialização desenfreada dos anos 1860-1890. A meio caminho entre o mundo dos *barons voleurs* e o da reforma social, as fundações são atrizes ambíguas da era dita progressista dos anos 1890-1920, marcada por reformas que verão nascer a América moderna", Ludovic

Resultaram da Conferência Internacional da Saúde¹⁴³:

- a Constituição da OMS, assinada por 61 Estados, dois deles sem formular reservas ao texto;
- a ata final, firmada por 61 Estados, dos quais 59 o fizeram sem reservas;
- o acordo para estabelecer uma Comissão Interina, subscrito por 61 Estados, 47 deles sem reservas;
- e o Protocolo relativo ao Escritório Internacional de Higiene Pública, assinado por 60 Estados, 18 deles sem apresentar reservas.

Durante a Conferência, as questões mais controversas não foram as propriamente jurídicas – e sim as relativas à criação e às funções dos novos escritórios regionais da organização, assim como as relações da nascente OMS com as instituições regionais de saúde já existentes. Terminou por decidir que a Organização Sanitária Pan-Americana, representada pelo *Pan-American Sanitary Bureau*, as Conferências Sanitárias Pan-Americanas, e todas as outras organizações regionais intergovernamentais de saúde que já existissem antes da data da assinatura desta Constituição fossem, em tempo oportuno, integradas à Organização, por meio de uma ação comum, baseada no consentimento mútuo das autoridades competentes¹⁴⁴.

.....
Tournès, *op. cit.*, p. 175. Para Tournès, "o vínculo orgânico entre a saúde dos indivíduos e o progresso do corpo social é o fio condutor da filosofia *rockefelleriana*. Esta ideia se concretiza pela criação, em 1901, do *Rockefeller Institute for Medical Research*, depois, em 1903, do *General Education Board*, e mais tarde, em 1909, da *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease* destinada a promover práticas de higiene para eliminar a ancilostomíase [conhecida como amarelão], doença endêmica do Sul dos Estados Unidos", p. 179. Um resumo da história da Fundação encontra-se em seu site oficial: <<http://www.rockefellerfoundation.org>>.

¹⁴³ *Actes officiels de l'OMS n. 2, op. cit.*, p. 6.

¹⁴⁴ Art. 54 da Constituição da OMS.

1.4. A Constituição da OMS

Ao contrário de outras organizações internacionais em que a expressão *Constituição* gerou enorme dissenso – e, a seguir, o rechaço das populações de seus Estados-membros¹⁴⁵ –, no seio da OMS, uma Constituição emergiu naturalmente no sentido de *estatuto* da instituição, “que determina todas as atividades da vida da organização. O ato constitutivo é a norma suprema da ordem jurídica por ela criada”¹⁴⁶.

Embora não contenha um rol de direitos, apartando-se, assim, dos modelos constitucionais nacionais, a Constituição da OMS possui indubitavelmente um dos preâmbulos mais citados da história do direito dos tratados:

.....

¹⁴⁵ “O Tratado de Lisboa, sem que as regras jurídicas mantidas sejam fundamentalmente diferentes [do projeto de Constituição Europeia], inscreve-se num processo que se traduz pela morte do signo. Se nos dedicarmos ao jogo obrigatório da comparação entre o [projeto de] tratado constitucional e o Tratado de Lisboa, qualquer que possa ser a semelhança de certas de suas disposições, constata-se que elas se distinguem irredutivelmente, como sublinha de modo muito significativo Jean-Louis Quermonne, por seu grau de ambição: ‘de um lado: nada menos que a referência à obra constitucional da Convenção de Filadélfia; de outro: um ato notarial, laborioso resultado de uma conferência intergovernamental de caráter diplomático’. É então o superinvestimento mitológico que faz a diferença. Esta constatação, a despeito de sua relativa banalidade, é sem dúvida uma das chaves que permite melhor apreender a um só tempo os desafios conjunturais das controvérsias em torno da constitucionalização da construção europeia, e, mais além, de interrogar-se acerca dos desafios teóricos de um debate que não deixa de dividir a doutrina”, Denys Simon, “La constitution européenne comme mythe”, in: Jean-Claude Masclet et al. (orgs.), *L’Union européenne, Union de droit, union des droits – Mélanges en honneur du Professeur Philippe Manin*, Paris: Pedone, 2010, p. 206.

¹⁴⁶ Constance Chevallier-Govers, “Actes constitutifs des organisations internationales et constitutions nationales”, *Revue Générale de Droit International Public*, 04-06/2001, p. 340.

“Os Estados-membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança: a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos **direitos fundamentais** de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais **estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados**. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos. **O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.**

O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.

Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.

Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo

especializado, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas” (sem grifo no original).

Além de uma definição de saúde que marcará o século XX, já mencionada na Introdução, ele enuncia, pela primeira vez como direito fundamental, o direito a *gozar do melhor estado de saúde possível*¹⁴⁷, e isto sem discriminação racial, religiosa, política, econômica ou social.

Mas a Constituição da OMS ultrapassa a visão de saúde como bem jurídico individual, compreendendo igualmente as dimensões coletiva e de desenvolvimento¹⁴⁸. No plano coletivo, a Carta reconhece a responsabilidade dos governos pela saúde dos povos, a ser exercida também por meio de políticas sociais. Ela é pioneira em sua época, ao abordar o controverso tema da participação social. Não somente menciona o papel da *opinião pública* e da *cooperação ativa* da cidadania, como estipula, em diversos de seus dispositivos, a participação de organizações não governamentais nas instâncias da organização.

Quanto ao desenvolvimento, o preâmbulo elucida que, vinculada à paz e à segurança internacionais, a saúde depende da cooperação

¹⁴⁷ “Mas é claro que houve precedentes. Antes do século XVIII, a responsabilidade em caso de doença ou enfermidade caiu, predominantemente, nas mãos de entidades privadas, tais como instituições de caridade e igrejas. As instituições estatais normalmente só intervinham em casos de doenças epidêmicas ou pandêmicas, principalmente estabelecendo formas de quarentenas. No centro de todas essas considerações, em sua maioria de saúde coletiva, estavam esforços para proporcionar saneamento adequado, em particular nas cidades maiores. No século XVIII, a consciência de saúde pública e sua importância para a sociedade cresceram rapidamente, ainda que o conceito de saúde pública moderna só tenha se desenvolvido nos dias da revolução industrial, quando condições insalubres de trabalho e de vida, causadas em grande medida pela produção em massa, levaram a epidemias e outros graves problemas de saúde, retratados nos romances de Charles Dickens”, Eibe Riedel, *op. cit.*, p. 21.

¹⁴⁸ A fórmula “bem jurídico individual, coletivo e de desenvolvimento” é de Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Jr., *op. cit.*, p. 7.

dos Estados, que devem compartilhar os benefícios dos conhecimentos alcançados, pois a desigualdade no nível de desenvolvimento dos Estados constitui um “perigo comum”¹⁴⁹.

Como toda a Constituição, a Carta define a estrutura institucional e o processo decisório da nova organização. Seu quadro orgânico reflete, de modo geral, a tendência da jovem *família onustiana*:

“A estrutura típica de uma agência especializada baseia-se no *plênário*, no qual todos os membros estão representados. Esse órgão elege um *conselho executivo mais reduzido*; nele, a participação pode ser determinada não apenas pelo critério geográfico, mas também por condições funcionais”¹⁵⁰.

Logo, somando-se o Secretariado (composto pela Direção-Geral e pelo pessoal administrativo), está constituído o triângulo institucional básico da OMS, que detalharemos a seguir.

A Assembleia é o plenário em que cada Estado-membro¹⁵¹ tem direito a um voto¹⁵². Ela reúne-se anualmente para fixar a política geral da Organização, tomar decisões, fazer recomendações, votar o orçamento e criar as comissões necessárias às atividades da OMS.

¹⁴⁹ Neste sentido, a Constituição da OMS é precursora de uma tendência hoje instalada no direito internacional: “Para além da progressiva normatização dos comportamentos internacionais, o direito internacional torna-se, sob certo aspecto, cada vez menos universal. Ele tende a diferenciar-se levando em conta o domínio de atuação das normas, a especificidade das regiões e o grau de desenvolvimento dos Estados”, Alberto do Amaral Jr., *Curso de Direito Internacional Público*, 3 ed., São Paulo: Atlas, 2012, p. 24. (*Sem grifo no original*) Malcolm N. Shaw, *Direito Internacional*, São Paulo: Martins Fontes, 2010, p. 903.

¹⁵¹ Conforme o artigo 11 da Carta, “cada Estado-membro será representado por um máximo de três delegados, sendo um deles designado pelo Estado-membro como chefe da delegação. Esses delegados deverão ser escolhidos de entre *as pessoas mais qualificadas pela sua competência técnica no domínio da saúde*, preferivelmente representando a administração nacional de saúde do Estado-membro”, *sem grifo no original*. Os delegados serão acompanhados por substitutos e conselheiros (art. 12).

¹⁵² Artigo 59 da Constituição.

As decisões da Assembleia da Saúde sobre a adoção de convenções ou acordos (que serão tratados mais adiante), a aprovação de acordos com as Nações Unidas e organizações e instituições intergovernamentais, e as alterações da Constituição são tomadas por *maioria de dois terços* dos Estados-membros presentes e votantes; os demais assuntos, por *maioria simples*; este sistema de votação estende-se ao Conselho Executivo e às comissões da Organização¹⁵³.

Podemos agrupar as principais funções da Assembleia, previstas especialmente no artigo 18 da Constituição, em três grupos:

- de condução política da organização (alínea a);
- de órgão supremo da estrutura institucional: (m) tomar quaisquer outras medidas tendentes a realizar o objetivo da Organização (l) criar quaisquer outras instituições que considere convenientes; (b) indicar os Estados-membros com direito a designar uma pessoa para fazer parte do Conselho; (c) nomear o Diretor-Geral; (d) rever e aprovar os relatórios e as atividades do Conselho e do diretor-geral, dar ao Conselho instruções em relação com os assuntos sobre os quais possam considerar-se convenientes medidas, estudos, investigações ou elaboração de relatórios; (e) criar as comissões que considere necessárias à atividade da Organização; (f) fiscalizar a política financeira da Organização e rever e aprovar o orçamento; (h) convidar qualquer organização internacional ou nacional, governamental ou não governamental, que tenha responsabilidades relacionadas com as da Organização, a nomear representantes para participar, sem direito de voto, nas suas sessões ou nas das comissões e conferências reunidas sob a sua autoridade – no caso de organizações nacionais, com o consentimento do Governo interessado; j) relatar ao Conselho Económico e Social, em conformidade com as disposições de qualquer acordo realizado entre a Organização e as Nações Unidas;

.....
¹⁵³ Artigo 60 da Constituição.

- de iniciativa em matéria de debate, estudo e eventual regulamentação de temas: (g) dar instruções ao Conselho e ao diretor-geral para chamar a atenção dos Estados-membros e das organizações internacionais, governamentais ou não governamentais, sobre qualquer assunto respeitante à saúde que a Assembleia considere apropriado; (i) considerar recomendações que tratem de saúde, feitas pela Assembleia Geral, pelo Conselho Económico e Social, pelo Conselho de Segurança ou pelo Conselho de Tutela das Nações Unidas e informá-los das medidas tomadas pela Organização para levar a efeito tais recomendações; (k) promover e dirigir investigações no domínio da saúde pelo pessoal da Organização, pelo estabelecimento das suas próprias instituições ou pela cooperação com instituições oficiais ou não oficiais de qualquer Estado-membro, com o consentimento do respectivo Governo; adotar convenções e regulamentos (artigos 19 e 21).

Ao Conselho Executivo, em consonância com seu próprio nome, compete aplicar as decisões da Assembleia, preparar suas sessões e endereçar-lhe proposições; deve, ainda, apresentar à Assembleia da Saúde, para exame e aprovação, seus programas gerais de trabalho¹⁵⁴. Cabe também ao Conselho:

“tomar medidas de urgência dentro das funções e recursos financeiros da Organização para tratar de acontecimentos que exijam ação imediata. *Em particular pode autorizar o Diretor-Geral a tomar as medidas necessárias para combater as epidemias, participar no empreendimento de socorros sanitários a levar às vítimas de uma catástrofe e realizar estudos ou investigações sobre a urgência dos quais tenha sido chamada a atenção do Conselho por qualquer Estado-membro ou pelo Diretor-Geral*”¹⁵⁵.

Uma peculiaridade da organização em relação à família das Nações Unidas é a composição do Conselho Executivo, pois o artigo

.....
¹⁵⁴ Artigo 28 da Constituição.

¹⁵⁵ *Ibid.*, in fine, sem grifo no original.

24 da Constituição fazia referência a “18 [hoje 34] pessoas indicadas por outros tantos Estados-membros”, determinando que

“a Assembleia da Saúde, tendo em conta uma distribuição geográfica equitativa, elegerá os Estados-membros, com direito a indicar uma pessoa para fazer parte do Conselho. Cada um destes Estados-membros nomeará para o Conselho *uma pessoa tecnicamente qualificada no domínio da saúde*, que poderá ser acompanhada por substitutos e conselheiros”¹⁵⁶.

Tal redação, sobretudo quando analisada à luz dos trabalhos preparatórios da Constituição¹⁵⁷, poderia dar a entender que seus membros não representariam o respectivo país de origem, o que significaria a impossibilidade de receber instruções de seu governo – a quem tampouco necessitaria prestar contas, pois sua palavra não prejudicaria a posição de seu Estado de origem na Assembleia Geral¹⁵⁸. No entanto, em 1998, a 51ª Assembleia

¹⁵⁶ Outros artigos corroboram esta interpretação, especialmente o artigo 18 (“As funções da Assembleia da Saúde serão: ...b) Indicar os Estados-membros com direito a designar uma pessoa para fazer parte do Conselho;”) e o artigo 67 b (“Os representantes dos Estados-membros, as pessoas designadas para fazer parte do Conselho e o pessoal técnico e administrativo da Organização gozarão semelhantemente dos privilégios e imunidades que são necessários para o livre exercício das suas funções relativas à Organização”).

¹⁵⁷ De acordo com as atas, além de clareza do perfil técnico, e não diplomático, pretendido para o Conselho Executivo, acrescenta-se que o representante do Brasil propôs a criação de um conselho consultivo de especialistas em questões de saúde, a fim de “impedir que a organização se tornasse excessivamente ‘burocrática’”, e permitir que, com o tempo, ela se transformasse numa “academia internacional da saúde”. Apesar de uma “acolhida simpática”, a proposta foi recusada, pois a Conferência entendeu que a OMS teria poderes suficientes para criar tal organismo quando lhe parecesse oportuno, *Actes officiels de l’OMS* n. 2, *op. cit.*, p. 19.

¹⁵⁸ Claude-Henri Vignes, “Mythe et réalité: le statut des membres du Conseil Exécutif de l’OMS”, *Revue Générale de Droit International Public*, out-dez./1999, p. 687.

Mundial da Saúde elucidou a interpretação do artigo 24 da Carta, acolhendo o parecer da Comissão encarregada do assunto, no sentido de que os membros do Conselho Executivo nele tomam assento “na qualidade de representantes governamentais”¹⁵⁹. Um mito teria dado lugar à realidade, pois os membros do Conselho sempre mantiveram estreita vinculação aos seus Estados de origem: “se os atores mudam de figurino, eles jogam sempre a mesma peça”¹⁶⁰.

Ao longo do tempo, o número de membros do Conselho foi ampliado pela Assembleia Mundial da Saúde, a fim de garantir a melhor repartição geográfica dos assentos. A tabela n. 1 indica a atual composição do Conselho Executivo da OMS.

¹⁵⁹ OMS, documento WHA51/40, de 16/5/1998. O texto é particularmente revelador da predominância da intergovernamentalidade: “Exame da Constituição e entendimentos regionais. Estatuto dos membros do Conselho Executivo. Clarificação da interpretação do artigo 24 da Constituição da OMS. A 51ª Assembleia Mundial da Saúde; lembrando o papel desempenhado pela OMS como autoridade diretiva e coordenadora, no domínio da saúde, dos trabalhos que possuem caráter internacional; reafirmando que os membros do Conselho Executivo devem ser tecnicamente qualificados no domínio da saúde; reconhecendo que a OMS encontra sua força na vontade dos Estados de agir conjuntamente para alcançar objetivos comuns; destacando o papel significativo que desempenham os governos no seio dos órgãos diretores de outras instituições especializadas do sistema das Nações Unidas; destacando a ambiguidade que resulta das diferenças entre as versões linguísticas autênticas da Constituição no que concerne ao estatuto dos membros do Conselho Executivo; considerando que é importante esclarecer as disposições do artigo 24 da Constituição; tendo presente a disposição do artigo 75 da Constituição que autoriza a Assembleia da Saúde a resolver os problemas de interpretação da Constituição; DECIDE que os Estados-membros chamados a designar um delegado para o Conselho Executivo o designarão na qualidade de representante governamental tecnicamente qualificado no domínio da saúde”.

¹⁶⁰ Claude-Henri Vignes, *op. cit.*, p. 696.

Tabela n. 1 – Composição atual do Conselho Executivo¹⁶¹
(região/Estado/mandato)

ÁFRICA	Camarões	2011-2014
	Moçambique	2010-2013
	Nigéria	2011-2014
	Senegal	2010-2013
	Seychelles	2011-2014
AMÉRICAS	Serra Leoa	2010-2013
	Tchad	2011-2014
	Barbados	2012-2015
	Cuba	2010-2013
	Equador	2012-2015
ÁSIA DO SUDESTE	Estados Unidos	2010-2013
	México	2011-2014
	Panamá	2012-2015
	Maldivas	2010-2013
	Mianmar	2011-2014
EUROPA	Timor Leste	2010-2013
	Armênia	2010-2013
	Azerbaijão	2012-2015
	Bélgica	2012-2015
	Croácia	2012-2015
MEDITERRÂNEO ORIENTAL	Lituânia	2010-2013
	Noruega	2012-2015
	Suíça	2011-2014
	Uzbequistão	2010-2013
	Irã	2012-2015
PACÍFICO OCIDENTAL	Libano	2010-2013
	Marrocos	2012-2015
	Qatar	2011-2014
	Iêmen	2010-2013
	Austrália	2012-2015
	China	2010-2013
	Malásia	2012-2015
	Mongólia	2010-2013
	Papua Nova Guiné	2011-2014

Quanto ao Diretor-Geral, “sujeito à autoridade do Conselho” e “principal funcionário técnico e administrativo da Organização”, é nomeado pela Assembleia da Saúde¹⁶², sob proposta

.....

¹⁶¹ Elaborado a partir de OMS, *Composition du Conseil Exécutif*, disponível em: <www.who.org>, consultado em 10/4/2013.

¹⁶² Artigo 31 da Constituição.

do Conselho¹⁶³. *Ex officio*, o Diretor-Geral é secretário da Assembleia da Saúde, do Conselho, de todas as comissões e comitês da Organização e das conferências por ela convocadas, podendo delegar estas funções¹⁶⁴. O Diretor-Geral prepara e apresenta anualmente ao Conselho os relatórios financeiros e as previsões orçamentárias da Organização¹⁶⁵, e nomeia o pessoal do Secretariado, de acordo com o regulamento de pessoal estabelecido pela Assembleia da Saúde¹⁶⁶.

O artigo 37 da Carta assegura a independência da Direção-Geral e do pessoal da OMS, determinando que eles não deverão, no exercício das suas funções,

“solicitar nem receber instruções de nenhum Governo nem de nenhuma autoridade estranha à Organização. Deverão abster-se de qualquer ação que possa afetar a sua situação de funcionários internacionais. Cada Estado-membro compromete-se, por seu lado, a respeitar o caráter exclusivamente internacional do Diretor-Geral e do pessoal e a não procurar influenciá-los”.

A tabela n. 2 identifica os Diretores Gerais da OMS desde a sua criação.

Tabela n. 2 – Diretores da OMS

Nome	País de origem	Mandato
Dra. M. Chan	China (Hong-Kong)	Desde 2007
Dr. A. Nordström (interino)	Suécia	2006-2007
Dr. L. Jong-wook	República da Coreia	2003-2006
Dra. G. H. Brundtland	Noruega	1998-2003
Dr. H. Nakajima	Japão	1988-1998
Dr. H. Mahler	Dinamarca	1973-1988
Dr. M. G. Candau	Brasil	1953-1973
Dr. B. Chisholm	Canadá	1948-1953

.....

¹⁶³ Um longo parecer sobre a designação do Diretor-Geral foi elaborado recentemente pela Consultoria Jurídica da OMS: *Désignation pour le poste, Note du Conseiller juridique*, EB130/INF.DOC./1, Genebra, 15/11/2011.

¹⁶⁴ Artigo 32 da Constituição.

¹⁶⁵ Artigo 34 da Constituição.

¹⁶⁶ Artigo 35 da Constituição.

Destaca-se, nesta lista, a presença do sanitarista carioca Marcolino Gomes Candau (1911-1983), que dirigiu a organização durante duas décadas. Foi a época da construção da sede, em Genebra, e igualmente de uma das atualizações do Regulamento Sanitário Internacional, além do lançamento do bem-sucedido programa de erradicação da varíola¹⁶⁷.

¹⁶⁷ Nísia Trindade de Lima aponta o papel de Candau no Brasil, juntamente com o já citado Paula Souza: "Merece registro a participação de Paula Souza no grupo de sanitaristas brasileiros que, na década de 1940, estava recriando a *Sociedade Brasileira de Higiene*, muitos com atuação no Sesp [*Serviço Especial de Saúde Pública*], entre eles Marcolino Candau e Maneco Ferreira. Com a instauração do *VII Congresso Brasileiro de Higiene*, realizado em 1947, e presidido por Marcolino Candau, retomam-se as atividades da antiga *Sociedade Brasileira de Higiene*, criada em 1923. O colóquio realizou-se em São Paulo, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, dirigida por Geraldo de Paula Souza, e pautou-se pela defesa de uma atuação em âmbito nacional que conferisse a esse grupo protagonismo semelhante ao que alcançara o movimento sanitarista da Primeira República", "O Brasil e a Opas: uma história em três dimensões", in: Jacobo Finkelman (org.) *Caminhos da saúde pública no Brasil*, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002, p. 60, disponível em: <<http://www.fiocruz.br/editoria/media/04-CSPB00.pdf>>. A autora acrescenta: "A associação entre urbanização intensa, pobreza e doença era constante, reeditando, em novas bases, o impacto do fenômeno urbano do século XIX ... Muitos pronunciamentos do diretor-geral da OMS, Marcolino Candau, referem-se a esse problema. Aliás, sua gestão no organismo mundial de saúde também mereceria análise mais aprofundada, uma vez que o sanitarista brasileiro permaneceu no cargo por vinte anos e vinha de uma experiência de organização de ações de saúde no Brasil e na vice-direção da Opas", *ibid.*, p. 83. Sobre Candau, ver, por ex., "Dr. M.G. Candau and WHO", *British Medical Journal*, editorial de 26/5/1973 2 (5864), p. 433-434; Martin Kaplan, "Dr. M. G. Candau, a personal appreciation", *World Health Forum*, v. 4, 1983, p. 2-3, disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/whf/1983/vol4-no1/WHF_1983_4\(1\)_p3-4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1983/vol4-no1/WHF_1983_4(1)_p3-4.pdf)>. De Candau, ver, entre muitos outros, com Ermani Braga, "Novos Rumos para a Saúde Pública Rural", *Revista da Fundação Especial de Saúde Pública* 2 (2), p. 569-590, 1948.

Em 1948, Genebra torna-se a sede da OMS¹⁶⁸. No entanto, desde logo os artigos 44 a 54 da Carta a concebem como uma organização regionalizada. Assim, é a Assembleia quem deve determinar "as áreas geográficas em que é conveniente estabelecer uma organização regional", e, com o consentimento da maioria dos Estados-membros situados em cada região, estabelecer não mais do que uma organização regional para corresponder às necessidades parciais dessa região¹⁶⁹.

As organizações regionais são dirigidas por um Gabinete – que deve executar, na região, as decisões da cúpula da OMS¹⁷⁰ –, chefiado por um Diretor¹⁷¹, com o auxílio e sob o controle dos comitês regionais¹⁷², que compõe-se de representantes dos Estados-membros e membros associados da região em questão, com a possibilidade de participação de territórios ou grupos de territórios¹⁷³.

Conforme o artigo 50 da Carta, as funções do comitê regional compreendem a formulação de diretrizes para "assuntos de caráter exclusivamente regional", a cooperação com outros comitês regionais e qualquer outra organização internacional com a qual tenha interesses comuns, dar pareceres à Organização, por intermédio do Diretor-Geral, sobre os assuntos internacionais de saúde cuja importância ultrapasse a área da região, além de outras missões para a promoção da saúde, especialmente as que lhe forem conferidas pela Assembleia da Saúde, pelo Conselho ou pelo Diretor-Geral.

¹⁶⁸ Por força do acordo de sede, cf. *Accord entre le Conseil Fédéral Suisse et l'Organisation Mondiale de la Santé pour régler le statut juridique de cette organisation en Suisse*, de 21/8/1948, aprovado pela Assembleia Federal suíça em 29/9/1955 e vigente com efeitos retroativos desde 17/7/1948. Texto original disponível em: <<http://www.admin.ch/ch/fr/rs/11/0.192.120.281.fr.pdf>>.

¹⁶⁹ Art. 44 da Constituição.

¹⁷⁰ Art. 51 da Constituição.

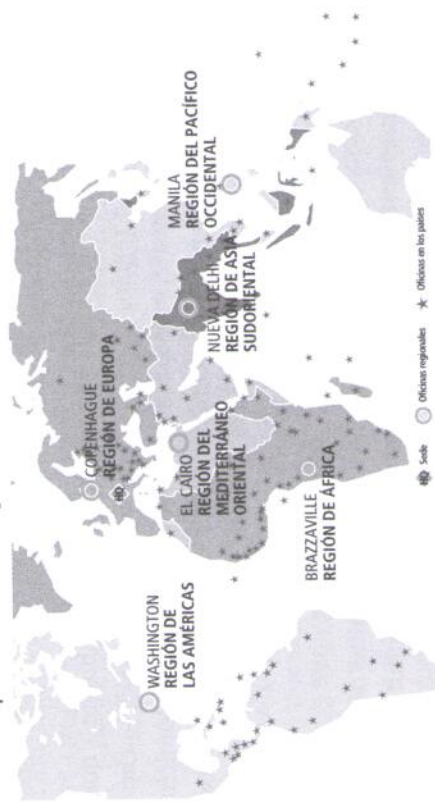
¹⁷¹ Art. 52 da Constituição.

¹⁷² Art. 46 da Constituição.

¹⁷³ Art. 47 da Constituição.

Na atualidade, a OMS compreende seis regiões – África, Américas, Ásia do Sudeste, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental – e 147 escritórios nacionais. O mapa n. 1 permite analisar a distribuição geográfica destes escritórios, e os Estados cobertos por cada região da OMS.

Mapa n. 1 – Distribuição dos escritórios da OMS no mundo¹⁷⁴



A seguir, no Capítulo 2, a descrição da dinâmica da OMS permitirá compreender o debate atual sobre a sua reforma, assim como o papel crucial que desempenhou durante a pandemia de gripe A(H1N1).

“A OMS é dominada basicamente por três ou quatro. Eles são um grupo que vota, mas também comanda, com outros países, o lado mais retrógrado da OMS. Eles têm atitudes inaceitáveis, como a de recusar que se introduza, em qualquer resolução da OMS, a expressão ‘direito à saúde’. Da última vez, precisamos mostrar para a delegação americana que isso está na Declaração dos Direitos Humanos, de 1948, que eles também assinaram”.

Paulo Buss, Entrevista concedida a Isabela Schincariol, Portal ENSP – Notícia, s/d.

174 OMS, *Trabajar en pro de la salud*, Genebra: OMS, 2006, p. 3.

2. A DINÂMICA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Crise e reforma são palavras comuns no léxico das instituições, particularmente na esfera internacional.

Na literatura, há consenso sobre a existência de uma crise e a necessidade de reforma da OMS: “a governança mundial da saúde é lamentavelmente deficiente”; “a OMS possui, graças à sua Constituição, vastos poderes, mas seu potencial nunca se realizou”; em quase sete décadas, “a OMS só editou um regulamento importante (o RSI) e um tratado (a convenção-quadro para a luta antitabaco)”; enfim, a OMS “distanciou-se de sua competência de fazer o direito porque ela se apresentou principalmente como uma agência científica e técnica”^{17/5}.

No presente capítulo, estudaremos as funções da OMS e o direito que ela produz, a fim de compreender o processo de reforma no qual se encontra, com particular atenção ao tema da participação social.

2.1. As funções da OMS

Já em sua origem, foram atribuídas à OMS amplas e numerosas funções, previstas pelo artigo 2º da Constituição. Poderíamos classificá-las da seguinte forma:

- **competências autônomas:** (f) estabelecer e manter os serviços administrativos e técnicos julgados necessários, compreendendo

.....

^{17/5} Lawrence Gostin, “Meeting the Survival Needs of the World’s Least Healthy People – A Proposed Model for Global Health Governance”, *JAMA* v. 298, n. 2, 11/7/2007, p. 226.

os serviços de epidemiologia e de estatística; (g) estimular e aperfeiçoar os trabalhos para eliminar doenças epidêmicas, endêmicas e outras; (j) promover a cooperação entre os grupos científicos e profissionais que contribuem para o progresso da saúde; (k) propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações respeitantes a assuntos internacionais de saúde e desempenhar as funções que neles sejam atribuídas à Organização, quando compatíveis com os seus fins; (n) promover e orientar a investigação no domínio da saúde; (q) fornecer informações, pareceres e assistência no domínio da saúde; (r) ajudar a formar entre todos os povos uma opinião pública esclarecida sobre assuntos de saúde; (v) de modo geral, tomar as medidas necessárias para alcançar os fins da Organização;

- **no plano onusiano:** (a) atuar como autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde; (b) estabelecer e manter colaboração efetiva com as Nações Unidas, organismos especializados, administrações sanitárias governamentais, grupos profissionais e outras organizações que se julgue apropriado; (e) prestar ou ajudar a prestar, a pedido das Nações Unidas, serviços sanitários e facilidades a grupos especiais, tais como populações de territórios sob tutela;
- **em relação aos governos nacionais:** (c) auxiliar os Governos, a seu pedido, a melhorar os serviços de saúde; (d) fornecer a assistência técnica apropriada e, em caso de urgência, a ajuda necessária, a pedido dos Governos ou com o seu consentimento;
- **em temas específicos:** (h) promover, em cooperação com outros organismos especializados, quando for necessário, a prevenção de danos por acidente; (i) promover, em cooperação com outros organismos especializados, quando for necessário, o melhoramento da alimentação, da habitação, do saneamento, do recreio, das condições econômicas e de trabalho e de outros fatores de higiene do meio ambiente; (l) promover a saúde e o bem-estar da mãe e da criança e favorecer

a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável; (m) favorecer todas as atividades no campo da saúde mental, especialmente as que afetam a harmonia das relações humanas; (s) estabelecer e rever, conforme for necessário, a nomenclatura internacional das doenças, das causas de morte e dos métodos de saúde pública; (t) estabelecer normas para métodos de diagnóstico, conforme for necessário; (u) desenvolver, estabelecer e promover normas internacionais com respeito aos alimentos, aos produtos biológicos, farmacêuticos e semelhanças; (o) promover o melhoramento das normas de ensino e de formação prática do pessoal sanitário, médico e de profissionais afins; (p) estudar e relatar, em cooperação com outros organismos especializados, quando for necessário, as técnicas administrativas e sociais referentes à saúde pública e aos cuidados médicos sob os pontos de vista preventivo e curativo, incluindo os serviços hospitalares e a segurança social.

Como instituição encarregada de dirigir e coordenar a ação sanitária internacional no seio do sistema das Nações Unidas, a OMS oferece então uma espécie de “enquadramento político e técnico” aos países, a fim de enfrentar numerosos problemas de saúde pública¹⁷⁶. No entanto,

“a OMS está também a serviço de seus 193 Estados-membros, que se reúnem a cada ano quando da Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, para definir a política da organização, aprovar seu orçamento e seus planos e, por intermédio de seu Conselho Executivo, eleger o seu Diretor-Geral a cada cinco anos. As aspirações científicas e técnicas da OMS relativas à saúde no mundo são constantemente condicionadas pela multiplicidade de pontos de vista, necessidades e preferências dos Estados-membros”¹⁷⁷.

Logo, como será reiterado nas páginas que seguem, a tensão inerente ao intergovernamentalismo tem marcado o exercício das atribuições da OMS.

¹⁷⁶ OMS, A64/10 ..., *op. cit.*, p. 12, item 13.

¹⁷⁷ *Ibid.*

Outra classificação, mais dinâmica e atual, agrupa suas funções em três categorias¹⁷⁸.

A primeira corresponde à tradição histórica das instituições sanitárias, de luta contra as grandes patologias e de organização da vigilância epidemiológica. Neste âmbito, a OMS adotou, ao longo de sua história, diferentes versões do *Regulamento Sanitário Internacional*, fixando os direitos e obrigações dos Estados (como organização sanitária, regulamentação de transportes internacionais e medidas para evitar a propagação de enfermidades) em relação a certas doenças específicas (como peste, cólera, varíola e febre amarela). O novo RSI será objeto do próximo capítulo.

A segunda categoria de missões da OMS diz respeito à elaboração de normas sanitárias internacionais, tais como a edição de uma farmacopeia internacional, a codificação da *Denominação Comum Internacional dos medicamentos* (DCI, mais conhecida no Brasil com o nome genérico)¹⁷⁹ e *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (CID)¹⁸⁰. O alcance destas normas será analisado mais adiante. Ainda nesta categoria, pode-se acrescentar, entre muitas outras atribuições, que a OMS

¹⁷⁸ A classificação é de Anne Laude, Bertrand Mathieu e Didier Tabuteau, *Droit de la santé*, coleção Thémis droit, Paris: PUF, 2007, p. 143.

¹⁷⁹ Trata-se do nome não comercial de uma substância ativa; em inglês, *International Nonproprietary Name* – INN. Desde 1953, a OMS mantém listas dos medicamentos genéricos propostos; e desde 1955, dos recomendados, disponíveis em <www.who.int/medicines/services/inn/en/index.html>. A proposição de novos DCIs pode ser feita pelos Estados por meio eletrônico, no mesmo endereço.

¹⁸⁰ Em inglês, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD. A classificação sistemática das doenças, que já existia no século XIX, passou, no alvorecer do século XX, a ser discutida em conferências internacionais. Depois de sua criação, a OMS ampliou o seu escopo e encarregou-se de suas revisões, cf. OMS, *History of the development of the ICD*, disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>>. A CID encontra-se hoje em sua décima versão (CID-10). Suas listas atualizadas podem ser consultadas em <<http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/>>.

centraliza a informação dos Estados sobre os efeitos indesejáveis dos medicamentos¹⁸¹, inclusive a farmacodependência. Por outro lado, desde 1977, ela mantém uma lista-modelo dos medicamentos considerados essenciais, atualizada a cada dois anos, a fim de promover a atenção primária à saúde, contribuindo para que os governos aperfeiçoem a seleção e a utilização de medicamentos conforme o seu custo¹⁸².

Por fim, um terceiro ramo funcional da OMS seria o de suas intervenções sanitárias, tanto diretamente, por meio da definição e da implementação de programas de luta contra as grandes doenças (tuberculose, malária ou paludismo e varíola), como pela via do apoio à pesquisa sobre doenças transmissíveis (gripe, doenças parasitárias, Aids etc.) ou não transmissíveis (câncer, doenças cardiovasculares etc.)¹⁸³. Ela oferece, igualmente, assistência técnica aos países menos avançados (vacinação contra doenças infecciosas, provisão de água potável etc.) e fixa objetivos

¹⁸¹ A propósito, a OMS publicou recentemente um manual de orientação para os Estados-membros interessados em desenvolver ou melhorar sistemas que permitam aos consumidores relatar as reações adversas de medicamentos: *Safety monitoring of medical products: reporting system for the general public*, Genebra: OMS, 2012, disponível em: <www.who.org>.

¹⁸² Atualmente na 17ª versão para adultos, revisada em 2010; e na 3ª versão para crianças, revisada em 2011, cf. *WHO Model Lists of Essential Medicines*, disponível em: <www.who.org>.

¹⁸³ Exemplo recente é o estudo relativo a episódios depressivos maiores (*Major depressive episodes*, MDE) que demonstra a forte ligação destes distúrbios com as condições sociais dos pacientes, cf. Evelyn Bromet et al., "Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode", *BMC Medicine* 2011 9:90, disponível em: <www.biomedcentral.com>. A pesquisa sobre MDE faz parte da *The World Mental Health Survey Initiative* <www.hcp.med.harvard.edu/wmh>, um projeto da (OMS) que integra e analisa pesquisas epidemiológicas sobre distúrbios mentais e comportamentais. O Brasil faz parte do projeto, cf. Laura Helena Andrade et al., "Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey", *PLoS ONE* 7(2): 14/2/2002.

sanitários mundiais, como, por exemplo, o desenvolvimento da atenção primária à saúde¹⁸⁴.

Ainda no terceiro ramo funcional, cabe salientar que a OMS elabora importantes relatórios sobre problemas de saúde pública, a fim de produzir e difundir informações, e propor estratégias aos Estados-membros e atores sociais. Tais relatórios são fundamentais na constituição da imagem que “o mundo faz de si mesmo” em matéria de saúde. Por exemplo, em relatório conjunto com a Unicef, divulgado em 6 de março de 2012, a OMS revelou que 783 milhões

¹⁸⁴ Preconizada pela Declaração de Alma-Ata (Cazaquistão), resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida entre 6 e 12 de setembro de 1978; texto disponível em: <www.opas.org.br>. Esta declaração é considerada paradigmática no reordenamento dos sistemas nacionais de saúde, tradicionalmente centrado na doença e não em suas causas, ao estipular que “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”. Até meados dos anos 1980, a maioria dos países consagrou tais princípios em suas políticas de saúde, logo modificadas em numerosos Estados, diante da consagração das políticas ditas neoliberais, em particular na América Latina, cf. Núria Homedes e Antonio Ugalde, “Reformas de salud y equidad en América Latina”, *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (6) 2011, p. 2690. Com a crise econômica e o descrédito dos discursos de reforma pró-mercado das duas últimas décadas, o discurso da Atenção Primária à Saúde (APS) foi retomado, embora de modo seletivo, ou seja, por meio de programas específicos, ver Marcos Cueto, “The origins of primary health care and selective primary health care”, *American Journal of Public Health* 2004, Novembro 94(11): 1864–1874, disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov>.

de pessoas não têm acesso à água potável (cerca de 11% da população mundial), que 2,5 bilhões de pessoas não possuem instalações sanitárias adequadas, e que 1,1 bilhão de pessoas defecam a céu aberto (cerca de 15% da população mundial)¹⁸⁵.

No mesmo sentido, desde 1995, a organização publica um relatório que ela mesma define como “publicação-farol da OMS”; trata-se do *Relatório mundial da saúde*, cujo objetivo é apresentar um balanço da situação sanitária mundial, a fim de fornecer informações aos Estados, aos doadores de recursos, às organizações internacionais e ao público em geral, especialmente faculdades, hospitais universitários e escolas. A tabela n. 3 apresenta os temas que foram até hoje abordados nestes relatórios.

Tabela n. 3 – Temática dos Relatórios Mundiais da Saúde¹⁸⁶

2010	O financiamento dos sistemas de saúde: o caminho rumo a uma cobertura universal ¹⁸⁷
2008	Cuidados primários de saúde: agora mais do que nunca ¹⁸⁸
2007	Um futuro mais seguro: a segurança sanitária no século XXI
2006	Trabalhar juntos pela saúde [crise do pessoal da saúde] ¹⁸⁹
2005	Dar chance a cada mãe e a cada criança ¹⁹⁰
2004	Mudar o curso da história [estratégia para a Aids]
2003	Moldar o futuro [principais ameaças para a saúde]
2002	Reduzir os riscos e promover uma vida sã

¹⁸⁶ OMS/UNICEF, *Progress on Drinking Water and Sanitation: 2012 Update*, disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789280646320_eng_full_text.pdf>.

¹⁸⁷ Periodicidade anual até 2008. Disponíveis em: <www.who.int/whr/previews/en/>. Não foram elaborados relatórios nos anos de 2011 e 2012. Segundo a OMS, o próximo relatório versará sobre o tema da pesquisa em saúde.

¹⁸⁸ Disponível em português, ver <www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>.

¹⁸⁹ Disponível em português, ver <http://www.who.int/whr/2008/08_contents_pt.pdf>.

¹⁹⁰ Disponível em português, ver <http://www.who.int/whr/2005/primary-health-care-overview_pt.pdf>.

2001	Saúde mental: nova concepção, novas esperanças
2000	Por um sistema de saúde mais eficiente
1999	Por uma real mudança [herança sanitária do século XX e questões de desenvolvimento]
1998	A vida no século XXI: uma perspectiva para todos [prospectiva até 2025 em matéria de expectativa de vida, doença e meios de combatê-la]
1997	Vencer o sofrimento, enriquecer a humanidade [doenças não transmissíveis]
1996	O estado de saúde no mundo [doenças infecciosas antigas e novas]
1995	Reduzir as disparidades [entre ricos e pobres]

Este breve panorama sobre as funções da organização permite fazer dois comentários. O primeiro é a ampliação de seus domínios de atuação, partindo de uma origem marcadamente *higienista*¹⁹¹ para chegar a uma grande abertura temática. Não somente a OMS amplia a sua concepção de saúde pública, que passa a compreender problemas sociais dos mais variados, como também nela vê para si um ambicioso lugar. É o que revela seu Programa de Trabalho em vigor (2006-2015), que assim define as *funções essenciais* da OMS:

- “exercer liderança em domínios essenciais para a saúde e criar parcerias quando uma ação conjunta é necessária;
- fixar as prioridades de pesquisa e incitar à aquisição, aplicação e difusão de conhecimentos úteis;
- fixar as normas e os critérios a encorajar, e seguir sua aplicação;

.....
¹⁹¹ Até os anos 1960, por exemplo, muitas vezes a OMS adotou a seguinte concepção como sua: “Saúde pública é a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e de melhorar a saúde e a vitalidade mental e física dos indivíduos, por meio de uma ação coletiva concentrada visando a tornar são o ambiente; lutar contra as doenças; ensinar as regras de higiene pessoal; organizar os serviços médicos e de enfermagem na perspectiva do diagnóstico precoce e do tratamento preventivo das doenças; implementar medidas sociais aptas a assegurar a cada membro da coletividade um nível de vida compatível com a preservação da saúde”, Charles-Edward Amory Winslow [fundador da *Yale School of Public Health*], *The evolution and significance of the modern public health campaign*, New Haven: Yale University Press, 1923.

- conceber políticas conformes à ética e fundadas sobre dados probatórios;

- fornecer apoio técnico, fazer-se agente de mudança e reforçar duravelmente as capacidades institucionais dos Estados;
- supervisionar a situação sanitária e avaliar as tendências em matéria de saúde¹⁹².

Mais adiante, o estudo da reforma da OMS revelará que esta compreensão das funções da OMS encontra-se hoje em questão.

O segundo aspecto que emerge da análise, ainda que sumária, das funções da OMS, é a constatação de uma evidente variedade e de uma grande relevância da atuação normativa da OMS, aspecto que será aprofundado a seguir.

2.2. A normatividade tradicional da OMS

Como costuma ocorrer nas organizações internacionais, as atividades da OMS baseiam-se num *corpus juris* que compreende, além da Constituição, as regras de procedimento e as resoluções de seus órgãos diretivos, algumas decisões específicas da Assembleia Mundial da Saúde que concernem seu pessoal e financiamento, além da “prática consolidada” em seu real funcionamento¹⁹³.

Mais do que editar regras *interna corporis*, não há dúvidas de que a OMS foi concebida de modo a aportar sua contribuição ao direito internacional clássico, de origem convencional. Conforme o artigo 19 da Constituição, a Assembleia tem “autoridade para adotar convenções ou acordos respeitantes a qualquer assunto que seja da competência da Organização”.

.....
¹⁹² OMS, *Engaging for Health – 11th General Programme of Work, 2006-2015 – A Global Health Agenda*, aprovado em maio de 2006 pela Assembleia Mundial da Saúde, disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_eng.pdf>.

¹⁹³ Gian Luca Burci e Claude-Henri Vignes, *The World Health Organization. The Hague: Kluwer Law International*, 2004, p. 19.

Contudo, até hoje, a OMS adotou apenas um acordo, que é a *Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco*, de 21 de maio de 2003, aprovada por unanimidade na 51ª Assembleia Mundial da Saúde. Até setembro de 2011, ela havia sido assinada por 168 Estados, e estava em vigor em 156 deles¹⁹⁴.

Do ponto de vista formal, o “primeiro tratado de saúde pública”¹⁹⁵ é uma expressão do mais ortodoxo direito internacional público, e eis que a segunda parte do artigo 19 da Carta determina:

“Será necessária uma maioria de dois terços dos votos da Assembleia da Saúde para a adoção de tais convenções ou acordos, que entrarão em vigor para cada Estado-membro quando aceitos por ele em conformidade com as suas normas constitucionais”¹⁹⁶.

No mesmo sentido, o artigo 20 da Constituição assim dispõe:

“Cada Estado-membro compromete-se a tomar, no prazo de dez meses depois da adoção duma convenção ou acordo pela Assembleia da Saúde, as medidas em relação com a aceitação de tal convenção ou acordo. Cada Estado-membro notificará o Diretor-Geral das medidas tomadas e, se não aceitar a convenção ou acordo no prazo prescrito, enviará uma comunicação informando das razões da não aceitação. Em caso de aceitação, cada Estado-membro concorda em apresentar um relatório anual ao Diretor-Geral em conformidade com o capítulo XIV”.

Por conseguinte, a concepção dualista da Carta é patente, deixando aos Estados uma integral *margin de discricionariedade* em relação aos direitos e obrigações que institui, podendo subscrevê-los

¹⁹⁴ Com vigência internacional desde 27/2/2005, por força do artigo 36 da própria Convenção (oitenta dias após o depósito da quadragésima ratificação). Cf. quadro disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/index.html>>. No Brasil, sua internalização foi concluída pelo Decreto n. 5.658 de 2/1/2006.

¹⁹⁵ OMS, *An international treaty for tobacco control*, nota de 12/8/2003, disponível em: <<http://www.who.int/features/2003/08/en/index.html>>. Sem grifo no original.

ou não. Esta característica corrobora um conceito tradicional de direito da OMS:

“É a priori um direito de coordenação das atividades normativas dos Estados-membros em matéria de saúde, mas não necessariamente um direito de harmonização, e ainda menos de unificação, pois a OMS não está habilitada a propor, e menos ainda a impor, uma legislação sanitária modelo”¹⁹⁷.

Mas se é verdade que o valor coercitivo da convenção depende de internalização pelos Estados, também é inegável que o acordo sobre tabaco teve imensa repercussão, pautando políticas públicas específicas em diversos países e reforçando um verdadeiro movimento de regulação, que tem promovido mudanças com impacto social significativo, particularmente no uso do espaço público – inclusive em países que, até os anos 2000, não regulavam, ou restringiam levemente, a utilização do tabaco¹⁹⁸. Sem dúvida, a influência da convenção da OMS sobre as regulações nacionais sobre o tabaco só pode ser aferida caso a caso¹⁹⁹. Mas a mera discussão sobre a incorporação ou não de tal norma, ainda que malfadada, pode suscitar um movimento para adoção de um conjunto de medidas de governo, ou mesmo de normas no solo dos Estados.

¹⁹⁷ Michel Bélanger, *Introduction ...*, op. cit., p. 13.

¹⁹⁸ É o caso da Espanha em que, a exemplo de outros países europeus, havia intenso consumo de tabaco em locais públicos. Após a adoção de uma primeira lei restritiva, de 2006, a Espanha adotou, em 30/12/2010, a *Ley n. 42 por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*, uma das primeiras a proibir o consumo de tabaco inclusive em alguns lugares abertos – texto disponível em: <<http://www.boe.es>>. A nova lei entrou em vigor em 2/1/2011 e refere a Convenção da OMS em seu preâmbulo.

¹⁹⁹ Sobre a regulamentação brasileira, ver Wesley Carlos Ribeiro et al., “Reflexões sobre a regulamentação jurídica do setor tabagista e saúde pública”, *Revista de Direito Sanitário*, v. 12, n. 2, jul.-out./2011, p. 59-81.

2.3. A "soft law" da OMS

Além das convenções, a OMS pode adotar Recomendações e Regulamentos, que serão tratados no segundo capítulo. Quanto às Recomendações, nos termos do artigo 23 da Constituição, "a Assembleia da Saúde terá autoridade para fazer recomendações aos Estados-membros com respeito a qualquer assunto dentro da competência da Organização".

Em relação às Recomendações, vale lembrar um elemento geral da atuação das organizações internacionais. Já amplamente reconhecidas pelo direito internacional público como contribuições à formação do costume internacional²⁰⁰, na prática, as Recomendações e outros recursos podem ir muito além: "como a maioria das agências especializadas da ONU, [a OMS] criou meios para tornar suas decisões vinculativas para seus membros", pois, "embora não sejam capazes de legislar no sentido usual deste termo, podem valer-se de pressões eficazes para desencorajar a não observância de suas recomendações ou convenções"²⁰¹.

Assim, segundo o atual Consultor Jurídico da OMS, Gian Luca Burci, embora a OMS produza escassa normatividade tradicional (como convenções e regulamentos), ela é muito bem-sucedida na introdução de regras de "natureza recomendatória", produzindo "uma plethora de padrões técnicos, guias e boas práticas"²⁰². Ele sustenta que a *soft law* da OMS pode ser exemplificada, entre outros, com o *Código de prática mundial para o recrutamento internacional do pessoal de saúde*²⁰³.

²⁰⁰ "Para ser um elemento formador do costume, as recomendações devem traduzir a *opinio juris* e ser seguidas de uma prática conforme. Não expressando necessariamente uma real *opinio juris*, sua função limita-se seguidamente à de 'fermento' do processo costumeiro", Diniz, *op. cit.*, p. 419.

²⁰¹ Malcolm N. Shaw, *op. cit.*, p. 903.

²⁰² *Lectures on the New Field of International Health Law*, resumo da conferência ministrada em 22/2/2012, publicado em <<http://www.healthreformwatch.com>>, consultado em 24/3/2012.

²⁰³ OMS, WHA63.16, Genebra, 21/5/2010, disponível em: <http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/en/index.html>.

Com efeito, embora absolutamente desprovido de caráter coercitivo, o Código em questão destina-se, conforme seu artigo 2.2, a servir de guia aos Estados-membros em sua colaboração com atores tais como o pessoal da saúde, os recrutadores de pessoal, os empregadores, as organizações de profissionais da saúde, as organizações infrarregionais, regionais e mundiais interessadas, sejam públicas ou privadas, inclusive as não governamentais, e todas as pessoas envolvidas no recrutamento internacional do pessoal de saúde. O artigo primeiro precisa que seu objetivo é "definir e promover princípios e práticas não obrigatórias para o recrutamento internacional ético de pessoal da saúde", servindo de referência aos Estados-membros para "instaurar o quadro jurídico e institucional necessário ao recrutamento internacional de pessoal de saúde, ou melhorá-lo", além de fazer "indicações úteis para elaborar e aplicar os acordos bilaterais e outros instrumentos jurídicos internacionais".

Neste ponto, o código em apreço contém um dispositivo bastante revelador. Segundo o artigo oitavo da *norma suave*,

1. Os Estados-membros são encorajados a difundir e aplicar o Código em colaboração com todos os atores estipulados no artigo 2.2, de acordo com as responsabilidades nacionais e infranacionais.
2. Os Estados-membros são encorajados a integrar o Código em suas leis e políticas aplicáveis.

3. Os Estados-membros são encorajados a consultar, de acordo com o necessário, todos os atores estipulados no artigo 2.2 quando da tomada de decisões, e de associá-los a outras atividades ligadas ao recrutamento internacional de pessoal da saúde.

4. Todos os atores visados pelo artigo 2.2 deveriam se esforçar individual e coletivamente para a realização dos objetivos do presente Código. Todos deveriam observar o Código, independentemente da atitude dos demais a fazer o mesmo.

Os recrutadores e os empregadores deveriam cooperar plenamente para o respeito do Código e promover os princípios que ele enuncia, independentemente da disposição de um Estado-membro para aplicar o Código.

5. Os Estados-membros deveriam, na medida do possível, de acordo com as suas responsabilidades jurídicas e em colaboração com os atores envolvidos, estabelecer e atualizar, com intervalos regulares, um registro de todos os recrutadores autorizados pelas autoridades competentes a trabalhar em seu território.
6. Os Estados-membros deveriam, na medida do possível, encorajar e promover o respeito das boas práticas pelas agências de recrutamento, utilizando apenas aquelas que respeitam os princípios diretores do Código.
7. Os Estados-membros são encorajados a observar e avaliar a amplitude do recrutamento internacional ativo de pessoal da saúde originário de países confrontados a penúrias graves de agentes de saúde, e avaliar a importância e o impacto das migrações circulares”.

Ora, este código, antes de mais nada, dirige-se a diversos atores além do Estado, que são expressamente convidados a segui-lo, independentemente da conduta estatal. Isto permite constatar que ele se encaixa entre os “fenômenos” que “influenciam comportamentos, organizam a sociedade e resultam da combinação de necessidades sociais, valores e relações de poder”²⁰⁴, sem para isto depender de regulamentação estatal. Dito de outro modo, o Código arma os atores não estatais, nacionais e transnacionais, de um utensílio: o *paradigma internacional* formulado como regra, que tanto pode ser usado para pressionar os legisladores ou autoridades administrativas nacionais, como ser empregado diretamente, à parte do Estado.

²⁰⁴ É o modo como Salem Nasser refere-se à *soft law*, em seu *Fontes e normas do direito internacional – um estudo sobre a soft law*, 2 ed., São Paulo: Atlas, 2006, p. 160.

Neste momento, é importante ressaltar duas peculiaridades do campo da saúde pública em relação ao que se costuma chamar, nem sempre com razão, de *soft law*²⁰⁵. O primeiro é que – diferentemente do comércio, campo em que por excelência as normas suaves se proliferaram²⁰⁶ – a saúde pública é função primordial do Estado, essencial para a garantia dos direitos fundamentais. Logo, qualquer que seja o tipo de norma utilizado, e por qualquer ator, o crivo constitucional da efetividade dos direitos humanos não pode ser descartado nesta área.

O segundo é o de que, a depender do grau de coordenação entre os órgãos executivo e legislativo de um país, ou mesmo interministerial de cada governo, diferentes segmentos do Estado podem adotar estes padrões, direta ou indiretamente, total ou parcialmente, de modo opaco ou transparente, podendo inclusive gerar regulações antagonônicas, ou inconsistência jurídica. É por isto que a permeabilidade das normas internacionais da saúde, sejam elas suaves ou duras, só pode ser aferida caso a caso.

Por outro lado, o código ora analisado, em seu artigo sexto, trata da pesquisa e da coleta de dados, encorajando os Estados-membros a implantar ou a reforçar e atualizar os sistemas de informação sobre o pessoal da saúde, inclusive sobre migrações de pessoal e seus efeitos sobre os sistemas de saúde. Incentiva, ainda, a reunir e analisar dados, e a servir-se deles na elaboração de políticas mais eficazes para o pessoal de saúde, além de promover programas de pesquisa sobre o assunto. O mesmo artigo estimula a OMS a zelar para que dados comparáveis e confiáveis sejam produzidos. Os artigos sete e nove do mesmo diploma, por sua vez,

²⁰⁵ “O que nos parece, além de desnecessário, incômodo, é a ideia de que tudo que não for regra de conduta específica, tudo que não cria direitos e obrigações imediatamente identificáveis, realizáveis e passíveis de demanda, seja *soft law*. Como quer que seja, a ausência ocasional de regras precisas não é estranha ao direito internacional, especialmente no universo dos costumes”, Salem Nasser, *op. cit.*, p. 104.

²⁰⁶ Sobre a muito citada *lex mercatoria*, ver Marcelo Neves, *op. cit.*, p. 189-197.

concebem um sistema de troca de informações e uma rede de autoridades nacionais, apoiados pelo Secretariado da OMS. Em outras palavras, como plataforma de informação privilegiada, a organização aumenta potencialmente sua capacidade de influir.

Outro exemplo que se pode apontar, já referido anteriormente entre as funções da OMS, é a Classificação Internacional das Doenças, CID. Normas como a CID possuem uma permeabilidade imensurável.

Concebida originalmente como uma forma de identificar as causas da morte, a CID converteu-se em “um instrumental muito mais amplo”: trata-se de “uma sistematização das doenças, sintomas, sinais e motivos de consultas”²⁰⁷. Os Estados-membros da OMS devem adotá-la na elaboração de estatísticas das causas de morte (mortalidade) e das doenças que levam a internações hospitalares ou atendimentos ambulatoriais (morbidade), eis que se trata de um padrão internacional de classificação diagnóstica para propósitos epidemiológicos gerais e administrativos da saúde, “incluindo análise de situação geral de saúde de grupos populacionais e o monitoramento da incidência e prevalência de doenças e outros problemas”²⁰⁸. No Brasil, a CID constitui atualmente uma exigência legal para praticamente todos os benefícios e atestados relacionados ao paciente, figurando em campos específicos de formulários relativos ao atendimento médico, ou requerendo a simples informação destes códigos em atestados e no receituário comum assinado por médicos²⁰⁹.

A CID oferece também um valioso exemplo do quanto pode ser vasto o campo de embates culturais, econômicos e políticos, amiúde escondidos do grande público, que é levado a conceber a

²⁰⁷ Ruy Laurenty, “Pesquisas na área de classificação de doenças”, *Saúde soc.*, São Paulo, v. 3, n. 2, 1994, p. 114. Sobre a história da CID, ver Laurenty, “Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da CID”, *Rev. Saúde Pública*, 25, p. 407-417, 1991.

²⁰⁸ Heloisa Brunow Ventura Di Nubila; Cassia Maria Bucalla. “O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade”, *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 2, Junho 2008, p. 327.

²⁰⁹ *Ibid.*

identificação de uma doença como “verdade” ou “mera” técnica. Ora, “todo conceito empírico da doença conserva uma relação com o conceito axiológico da doença”; por conseguinte, o método que faz qualificar como patológico um dado fenômeno biológico não é objetivo, pois, ainda que a patologia possa ser considerada com objetividade pelo médico que a trata, tal intenção não é capaz de esvaziar de subjetividade o seu objeto²¹⁰. Em apoio a esta ideia, vale recordar que um dos aspectos mais polêmicos da CID é a classificação dos distúrbios mentais e do comportamento²¹¹. Muitos autores debruçaram-se sobre a “fabricação” de doenças pela indústria farmacêutica²¹².

Ora, quando se fala deste *direito suave* da OMS, é inevitável recordar que há, de fato, “uma suavidade na regulação da biopolítica, como se pôde falar, no século XVIII, de uma suavidade do comércio”, eis que uma série de regulamentações adaptáveis e incitativas encorajam seus destinatários a agir num determinado sentido, e eles apresentados como o mais promissor, e “a perfeição de um sistema” existe exatamente quando, ao invés de uma imposição, cada uma de suas partes voluntariamente participa de sua manutenção²¹³. Assim, como já foi mencionado na introdução deste livro, a internacionalização do direito, inclusive – ou, talvez, sobretudo – o “suave”, não é neutra: ela tem um sentido.

A propósito, um dos mais polêmicos exemplos do sentido da internacionalização do direito que emana da OMS é o *Codex*

²¹⁰ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*. Quadrige Grands Textes. Paris: PUF, 2011, p. 156-157.

²¹¹ Em princípio compatível com o *Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais*, o DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*), adotado, após a Segunda Guerra mundial, pela *Associação de Psiquiatria Americana*, disponível em: < www.psych.org >.

²¹² Como, por exemplo, Ray Moynihan relativamente à disfunção sexual feminina, em “The making of a disease female sexual dysfunction”, *British Medical Journal* 2003; 326:45.

²¹³ Frédéric Gros, *Le principe sécurité*, Paris: Gallimard, 2012, p. 214.

Alimentarius (do latim *Lei ou Código dos Alimentos*). Trata-se de uma coletânea de normas alimentares adotadas internacionalmente, apresentadas de modo uniforme, que inclui disposições de natureza consultiva, sob a forma de diretrizes, códigos de práticas e recomendações²¹⁴. Esta compilação de *standards* internacionais é incontestavelmente o *corpus juris* mais importante no âmbito do comércio mundial de produtos alimentares²¹⁵.

O Codex Alimentarius é elaborado por uma Comissão que foi instituída, em 1961, pela OMS e pela *Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação* (FAO)²¹⁶. Esta *Comissão do Codex Alimentarius* (CCA) reúne-se anualmente e é composta por 186 membros (185 Estados e a União Europeia), e 219 observadores (dos quais 50 são organizações intergovernamentais, 153 são Organizações não governamentais e 16 são organismos das Nações Unidas)²¹⁷. O Codex Alimentarius adquiriu uma importância inédita após a criação da *Organização Mundial de Comércio* (OMC), pois suas normas são reconhecidas pelo sistema de solução de controvérsias da organização, em particular quando se discute a aplicação dos seus acordos *sobre Medidas Sanitárias e Fitossanitárias* (AMSF) e *sobre Barreiras Técnicas ao Comércio* (ABTC).

Logo, da condição de meros padrões ou recomendações, as normas do Codex passaram a ser oponíveis aos Estados-membros da OMC, por intermédio das decisões do sistema de solução de

²¹⁴ Organização Pan-Americana da Saúde, *Higiene dos Alimentos – Textos Básicos*. Brasília: OPS, 2006, p. 4, disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/alimentos/codex_alimentarius.pdf>.

²¹⁵ Makane Moïse Mbengue e Urs P. Thomas, “Le codex Alimentarius, le protocole de Cartagena et l’OMC: une relation triangulaire en émergence?”, *Revue européenne des sciences sociales XLII-130* 2004, disponível em: <<http://ress.revues.org/482>>, §1.

²¹⁶ Para uma apresentação geral do Codex, ver Qué es el Codex Alimentarius? 3.ed. Roma: OMS/FAO, 2006, disponível em: <ftp://ftp.fao.org/codex/Publications/understanding/Understanding_ES.pdf>.

²¹⁷ Lista disponível em: <<http://www.codexalimentarius.org/>>, consultada em 8/4/2013.

controvérsias da organização²¹⁸. Não é que os acordos da OMC tenham tornado as normas do Codex obrigatórias, mas simplesmente, do modo como elas são interpretadas pelos grupos especiais e pelo Órgão Permanente de Apelação da OMC, a eventual incoformidade de uma medida nacional aos *standards* do Codex é, de fato, muito difícil de justificar perante a OMC²¹⁹.

Tal convergência explica-se, em grande parte, pela evidência de que tanto o AMSF²²⁰ da OMC como o Codex Alimentarius “tratam os produtos principalmente como *commodities* e não como alimentos em sua dimensão total e em sua importância vital para os seres humanos”, seguindo “as diretrizes e a lógica do sistema Industrial de produção, que direciona hoje toda a produção agropecuária”, em detrimento da necessária resposta internacional aos “graves problemas do acesso da população à comida (*food security*) e à segurança sanitária (*food safety*)”²²¹. Entre os incontáveis problemas que este código suscita encontram-se a regulação dos alimentos geneticamente modificados e a sub-representação crônica dos países em via de desenvolvimento em suas negociações²²².

Para Geraldo Lucchese, o Codex Alimentarius é um dos elementos do processo internacional de regulamentação sanitária que expressa

²¹⁸ Maryvonne Lassalle-de Salins, “Réduire l’incertitude sur le résultat des négociations intergouvernementales: les apports d’une lecture organisationnelle. Le cas du Codex Alimentarius”, *Négociations* 1/2009, n. 11, p. 146.

²¹⁹ Henri Culot, “Soft law et droit de l’OMC”, *Revue internationale de droit économique* 3/2005, t. XIX, p. 283.

²²⁰ “O Acordo AMSFS faz parte dos regulamentos da OMC e preocupa-se especialmente em não permitir que as medidas sanitárias sejam utilizadas como barreiras disfarçadas ao comércio. Trata igualmente os desiguais, pois é muito mais fácil de ser cumprido ou aproveitado em direção aos interesses domésticos pelos países desenvolvidos”, Geraldo Lucchese, “A internacionalização da regulamentação sanitária”, *Ciênc. saúde coletiva* 2003, v. 8, n. 2, p. 554.

²²¹ *Ibid.*, p. 553.

²²² Makane Moïse Mbengue e Urs P. Thomas, *op. cit.*, §36.

de modo mais “duro” o fenômeno da globalização, pois “deixa pouco espaço para a busca e implantação de alternativas, arranjos e mediações domésticas às exigências do mercado internacional”, capturando as “frágeis instituições nacionais dos países em desenvolvimento – o parlamento, as instâncias negociadoras da área das relações exteriores, as agências regulatórias e assim por diante”²²³. Este fenômeno é ainda mais inquietante quando se considera que a tomada de decisão no âmbito intergovernamental “muda o contexto” das relações entre os setores público e privado nacionais: a necessidade de construir coalizões encoraja o governo a cooperar com a indústria, que, por sua vez, a fim de aumentar as chances de ter seus interesses contemplados, tende a assumir os custos desta cooperação, resultando em relações “por vezes muito estreitas entre empresas e governos”²²⁴.

Não é difícil entender que o determinismo econômico reine no plano das organizações multilaterais da área econômica e financeira, mas é surpreendente que ele predomine também em organizações internacionais da área social, pois

“a Comissão do Codex tem suas raízes na FAO e na OMS, cujas missões são muito mais abrangentes e importantes sob o ponto de vista humano. Por isso, deveria buscar um caminho de maior autonomia em relação aos interesses econômicos imediatos, dos países-membros e de suas empresas, pois deve zelar pela vida futura e pela imagem de organismos preocupados com a alimentação e a saúde pública mundiais”²²⁵.

Enfim, não restam dúvidas de que a simples análise da normatividade tradicional, ou seja, de convenções e regulamentos da OMS, é insuficiente para medir a sua influência normativa nos ordenamentos nacionais.

²²³ Geraldo Lucchese, *op. cit.*, p. 554.

²²⁴ Maryvonne Lassalle-de Salins, “Les délégués des Etats dans les processus décisionnels des organisations intergouvernementales : la défense d’une position nationale au sein du codex alimentarius”, *Revue française d’administration publique* 2008/2, n. 126, p. 406.

²²⁵ Geraldo Lucchese, *op. cit.*, p. 554.

2.4. A reforma da OMS

Durante o ano de 2010, a Direção-Geral organizou uma consulta informal aos Estados-membros e aos Comitês Regionais, que resultou em numerosas críticas à gestão financeira da entidade. A publicação do relatório destas consultas²²⁶ teria, segundo a OMS²²⁷, provocado o processo de reforma da organização.

Uma 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 usados como instrumentos de captação de fundos²²⁸.

Pessoal e financiamento da OMS são dois elementos cruciais do debate sobre a reforma institucional. Conforme o artigo 35 da Constituição, o recrutamento do pessoal da OMS deve ser pautado pela “eficácia, integridade e a representação de caráter internacional do Secretariado”, a fim de que sejam mantidas “no mais elevado grau”,

²²⁶ OMS, *Le financement futur de l’OMS – Synthèse d’une consultation*, EB128/INF.DOC./2, Relatório do Secretariado, Genebra, 16/12/2010.

²²⁷ Cf. cronologia oficial da reforma, disponível em: <http://www.who.int/about/who_reform/process/fr/index.html>, consultada em 11/4/2013.

²²⁸ OMS, *Le financement futur de l’OMS – Synthèse d’une consultation*, *op. cit.*

tendo em conta, ainda, “a importância de recrutar o pessoal numa base geográfica tão ampla quanto possível”²²⁹.

O organograma da sede da OMS bem demonstra a crescente complexidade das tarefas de seu quadro orgânico, como indica a tabela n. 4.

Tabela n. 4 – Estrutura da sede da OMS²³⁰

<p>Diretor-Geral Diretor-Geral Adjunto Gabinete do Diretor-Geral (ODG) Comunicação (DCO) Órgãos diretores (GBS) Serviços de controle interno (IOS) Conselheiro jurídico (LEG) Ombudsman (OMB)</p> <p>Coordenação com as organizações das Nações Unidas (UNI) Escritório junto a Organização das Nações Unidas, Nova Iorque (WUN)</p>	
<p>Saúde da família, da mulher e da criança (FWH)</p> <ul style="list-style-type: none"> Envelhecimento e qualidade de vida (ALC) Vacinação, vacinas e produtos biológicos (IVB) Saúde da mãe e saúde e desenvolvimento do recém-nascido, da criança e do adolescente (MCH) Saúde e pesquisa genética (RHR) 	<p>Sistemas de saúde e inovação (HIS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistemas de saúde: políticas e pessoal (HPW) Financiamento dos sistemas de saúde (HSF) Medicamentos essenciais e produtos de saúde (EMP) Ética e determinantes sociais (ESD) Estatísticas sanitárias e sistemas de informação (HSI) Gestão e compartilhamento do saber (KMS) Saúde pública, inovação e propriedade intelectual (PHI) Programa Segurança dos Pacientes (PSP) Centro OMS para o desenvolvimento sanitário, Kobe (WKC)

²²⁹

O artigo 36 adiciona que “as condições de serviço do pessoal da Organização estarão, tanto quanto possível, em conformidade com as das outras organizações das Nações Unidas”.

²³⁰

Cf. site oficial (excluídas as secretarias com parceiros), novembro de 2012, consultado em 10/4/2013, disponível em: <<http://www.who.int/about/structure/organigram/en/index.html>>.

<p>Administração (GMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> Finanças (FNM) Centro mundial de conferências e de formação, Tunis (CGT) Centro mundial de serviços, Kuala Lumpur (GSC) Gestão de recursos humanos (HRD) Tecnologias da informação e telecomunicações (ITT) Apoio e serviços operacionais (OSS) Planificação, coordenação de recursos e acompanhamento de resultados (PRP) 	<p>HIV/Aids, tuberculose, paludismo e doenças tropicais negligenciadas (HTM)</p> <ul style="list-style-type: none"> Luta contra as doenças tropicais negligenciadas (NTD) Programa mundial de luta anti-malária (GMP) HIV/Aids (HIV) Stop tuberculose (STB)
<p>Segurança sanitária e ambiente (HSE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Segurança sanitária de alimentos, zoonoses e doenças de origem alimentar (FOS) Capacidades mundiais, alerta e ação (GCR) Pandemias e epidemias (PED) Saúde pública e ambiente (PHE) 	<p>Poliomelite, situações de urgência e colaboração com os países (PEC)</p> <ul style="list-style-type: none"> Colaboração com os países (CCO) Gestão dos riscos ligados às situações de urgência e ação humanitária (ERM) Poliomelite: operações e pesquisa (POL)
<p>Doenças não transmissíveis e saúde mental (NMH)</p> <ul style="list-style-type: none"> Manejo de doenças não transmissíveis (MND) Saúde mental e abuso das substâncias psicoativas (MSD) Nutrição para a saúde e o desenvolvimento (NHD) Prevenção das doenças não transmissíveis (PND) Prevenção da violência, do traumatismo e da deficiência (VIP) 	

Consoante a informação oficial da OMS, mais de 7 mil pessoas de mais de 150 nacionalidades trabalhavam para a organização, tanto em seus escritórios regionais e nacional como na sede genebrina²³¹. No entanto, a tabela n. 5, recentemente elaborada pelas *Associações de Pessoal da OMS*, no intuito de complementar

²³¹ Cf. WHO – its people and offices, <<http://www.who.int/about/structure/en/index.html>>, consultado em 11/4/2013.

os dados oficiais da Organização, revela que o quadro funcional da OMS tem sofrido uma significativa redução.

Tabela n. 5 – Distribuição do pessoal da OMS e supressões de postos atuais e futuros²³²

	Categorias profissionais e de nível superior em 2010	Administradores recrutados no plano nacional em 2010	Pessoal de serviços gerais em 2010	Postos suprimidos	Pessoal Temporário cujo contrato não foi renovado	Outros postos que poderão ser suprimidos
Sede	1.171	38	880	203	120	100-200
África	374	601	1.392	216	desconhecido	desconhecido
América	90	5	53	desconhecido	desconhecido	desconhecido
Ásia do Sudeste	132	46	372	0	desconhecido	desconhecido
Europa	193	86	255	16	desconhecido	desconhecido
Mediterrâneo Oriental	167	48	481	5	desconhecido	desconhecido
Pacífico Ocidental	184	56	313	11	desconhecido	desconhecido
Total	2.311	880	3.746	453	120	100-200

Segundo as Associações de Pessoal, a redução do quadro funcional da OMS não decorre apenas da recessão financeira mundial em curso, como indica a declaração de seu presidente:

“Nós pensamos que estas reduções são também devidas a certos erros de gestão, a uma mobilização insuficiente de recursos, à falta de esforços de comunicação institucional e à má

²³² OMS, *Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS*, Documento de informação EB130/INF.DOC./2, Genebra, 19/1/2012, p. 2. Elaborado pelas associações com base em OMS, EB130/26 Add.1, de 1º/12/2011. A coluna sobre o pessoal temporário foi elaborada pelas associações com base em informações próprias.

planificação, assim como a uma falta de previsão e de discernimento quando a organização se portava melhor financeiramente. ... Em caso de déficit orçamentário, a primeira solução que vem ao espírito quase automaticamente é a redução do pessoal. Nós contestamos esta maneira de ver as coisas. ... Sem medidas de urgência para reter o pessoal e recrutá-lo, a OMS não mais estará em condições de conservar sua excelência técnica, sua independência e sua neutralidade, que são consideradas seus maiores trunfos²³³.

Com efeito, a situação financeira da OMS é apresentada, pela própria entidade, como inquietante²³⁴.

Em reunião recente, o *Comité de Programa, Orçamento e Administração do Conselho Executivo* comemorou o fato de que o déficit orçamentário da OMS teria diminuído para 100 milhões de dólares americanos, felicitando o Secretariado pelos “ganho de produtividade, pela transferência de funções e de pessoal, assim como pela supressão de postos”²³⁵.

Uma das razões deste déficit pode ser atribuída ao câmbio. Nos últimos anos, o poder de compra da OMS reduziu-se drasticamente, pois as moedas nas quais suas receitas são obtidas estão fortemente desvalorizadas em relação ao franco suíço, com o qual a organização paga a maior parte de suas despesas. O gráfico n. 1 demonstra tal decréscimo.

²³³ *Ibid.*, p. 2-3.

²³⁴ Um orçamento detalhado da organização foi apresentado pelo Secretariado ao Conselho Executivo no documento OMS EB130/5, de 13/1/2012. Apesar de suas 18 páginas e de sua completude, o documento não é claro quanto ao período ao qual corresponde. Embora faça referência ao mês de novembro, é pouco provável que suas cifras refiram-se a apenas um mês de funcionamento da organização. Por esta razão, tais dados não serão comentados neste livro.

²³⁵ OMS, EB130/4 *Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif*, Genebra, 16/1/2012, considerando 4.

os dados oficiais da Organização, revela que o quadro funcional da OMS tem sofrido uma significativa redução.

Tabela n. 5 – Distribuição do pessoal da OMS e supressões de postos atuais e futuros²³²

	Profissionais e de nível superior em 2010	Administradores recrutados no plano nacional em 2010	Pessoal de serviços gerais em 2010	Postos suprimidos	Pessoal Temporário cujo contrato não foi renovado	Outros postos que poderão ser suprimidos
Sede	1.171	38	880	203	120	100-200
África	374	601	1.392	216	desconhecido	desconhecido
América	90	5	53	desconhecido	desconhecido	desconhecido
Ásia do Sudeste	132	46	372	0	desconhecido	desconhecido
Europa	193	86	255	16	desconhecido	desconhecido
Mediterrâneo Oriental	167	48	481	5	desconhecido	desconhecido
Pacífico Ocidental	184	56	313	11	desconhecido	desconhecido
Total	2.311	880	3.746	453	120	100-200

Segundo as Associações de Pessoal, a redução do quadro funcional da OMS não decorre apenas da recessão financeira mundial em curso, como indica a declaração de seu presidente:

“Nós pensamos que estas reduções são também devidas a certos erros de gestão, a uma mobilização insuficiente de recursos, à falta de esforços de comunicação institucional e à má

²³² OMS, *Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS*, Documento de informação EB130/INF.DOC./2, Genebra, 19/1/2012, p. 2. Elaborado pelas associações com base em OMS, EB130/26 Add.1, de 1º/12/2011. A coluna sobre o pessoal temporário foi elaborada pelas associações com base em informações próprias.

planificação, assim como a uma falta de previsão e de discernimento quando a organização se portava melhor financeiramente. ... Em caso de déficit orçamentário, a primeira solução que vem ao espírito quase automaticamente é a redução do pessoal. Nós contestamos esta maneira de ver as coisas. ... Sem medidas de urgência para reter o pessoal e recrutá-lo, a OMS não mais estará em condições de conservar sua excelência técnica, sua independência e sua neutralidade, que são consideradas seus maiores trunfos”²³³.

Com efeito, a situação financeira da OMS é apresentada, pela própria entidade, como inquietante²³⁴.

Em reunião recente, o *Comité de Programa, Orçamento e Administração do Conselho Executivo* comemorou o fato de que o déficit orçamentário da OMS teria diminuído para 100 milhões de dólares americanos, felicitando o Secretariado pelos “ganho de produtividade, pela transferência de funções e de pessoal, assim como pela supressão de postos”²³⁵.

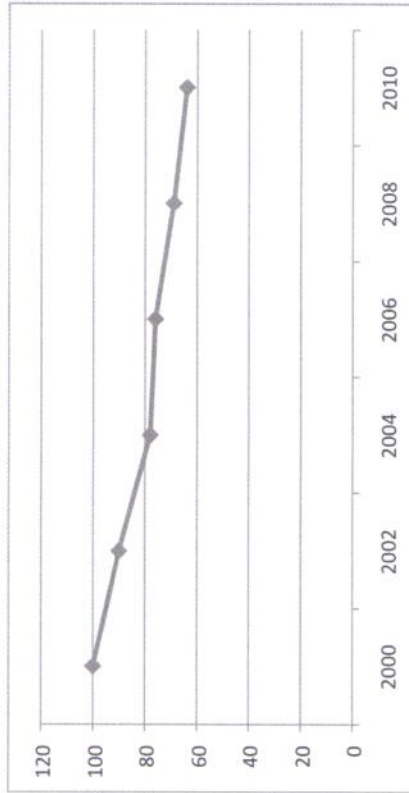
Uma das razões deste déficit pode ser atribuída ao câmbio. Nos últimos anos, o poder de compra da OMS reduziu-se drasticamente, pois as moedas nas quais suas receitas são obtidas estão fortemente desvalorizadas em relação ao franco suíço, com o qual a organização paga a maior parte de suas despesas. O gráfico n. 1 demonstra tal decréscimo.

²³³ *Ibid.*, p. 2-3.

²³⁴ Um orçamento detalhado da organização foi apresentado pelo Secretariado ao Conselho Executivo no documento OMS EB130/5, de 13/1/2012. Apesar de suas 18 páginas e de sua completude, o documento não é claro quanto ao período ao qual corresponde. Embora faça referência ao mês de novembro, é pouco provável que suas cifras refiram-se a apenas um mês de funcionamento da organização. Por esta razão, tais dados não serão comentados neste livro.

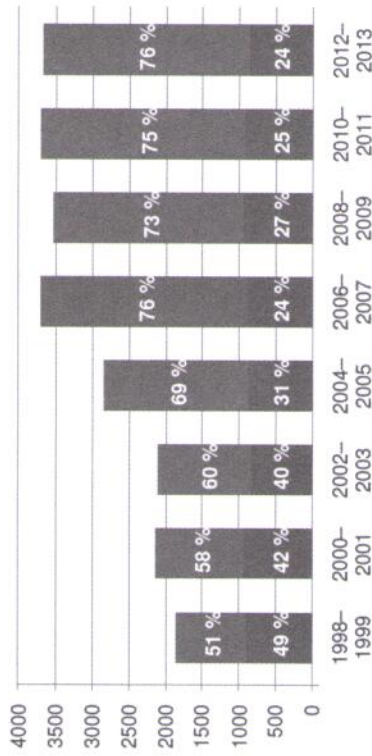
²³⁵ OMS, EB130/4 *Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif*, Genebra, 16/1/2012, considerando 4.

Gráfico n. 1 – Evolução do poder de compra ponderado da OMS (2000 a 2010)²³⁶



Por outro lado, os dados oficiais apontam um decréscimo das contribuições fixas para a organização, como indica o gráfico n. 2.

Gráfico n. 2 – Evolução das contribuições fixas (abaixo) e voluntárias (acima) de 1998-2013 (em milhões de US\$)²³⁷



Assim, estima-se que, atualmente, entre as receitas fixas, as contribuições dos Estados-membros constituam menos de 20% das

²³⁶ OMS, EBSS/2/INF.DOC./2, Genebra, 25/10/2011, p. 7.

²³⁷ *Ibid.*, p. 2. Contribuições in natura excluídas. Para 2010-2013, trata-se de projeções.

receitas. Quanto às contribuições voluntárias, são em grande parte destinadas a programas específicos, aos quais são formalmente vinculadas. Trata-se da chamada doação *earmarked*, realizada “em dinheiro, ‘carimbada’ para uma determinada finalidade ou projeto, ao gosto do doador, só podendo ser gasta naquela específica destinação”, que pode ser oriunda de países tradicionalmente doadores, ou de entidades filantrópicas ou privadas, “o que tende a distorcer as prioridades programáticas definidas pelos Estados-membros”, além de dar margem a “conflitos de interesses que possam advir, por exemplo, de doações da indústria farmacêutica e outras entidades privadas”²³⁸.

É importante frisar que a dificuldade de financiamento não está relacionada à pandemia, principal objeto deste livro. A partir dos anos 1980, os Estados doadores deram início à estratégia de investimento nos programas especiais em detrimento dos programas gerais, que permite não apenas escolher suas prioridades (e não as da organização), como constituir comitês diretores próprios para cada programa, compostos essencialmente pelos países doadores²³⁹. Nos anos 1970, estas contribuições variavam entre 20 e 25% do orçamento; no início dos anos 1990, elas já perfaziam mais da metade do orçamento global da OMS.

Com efeito, as contribuições voluntárias provêm de alguns Estados-membros que desejam financiar iniciativas precisas, mas também de fundações filantrópicas e do setor privado (inclusive de laboratórios farmacêuticos). No biênio 2010-2011, por exemplo, a *Fundação Bill Gates* foi a maior doadora voluntária de fundos à OMS (US\$ 446.161.801), sobrepujando até mesmo as contribuições voluntárias dos Estados Unidos (US\$ 438.285.683)²⁴⁰.

²³⁸ Paulo Buss et al. “Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável”, *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, Junho 2012, p. 1484.

²³⁹ Bertrand Deveaud e Bertrand Lemennicier, *L’OMS: bateau ivre de la santé publique – Les dérives et les échecs de l’agence des Nations Unies*, Paris: L’Harmattan, 1997, p. 41.

²⁴⁰ OMS, A65/29 Add.1, *Annex – Voluntary contributions by fund and by donor for the financial period 2010–2011*, Genebra, 5/4/2012, p. 10.

O comportamento de seu fundador, Bill Gates, oferece uma clara demonstração das consequências da “privatização” da OMS. Convertido em um dos mais poderosos atores da saúde global, Gates já discursou em duas Assembleias Mundiais da Saúde, em 2005²⁴¹ e em 2011. Na segunda ocasião – além de recomendar o livro *Getting Better*, do economista Charles Kenny, que demonstraria o quanto “as pessoas vivem cada vez melhor” –, Gates procurou, em linguagem imperativa, influenciar as prioridades da ação em saúde pública: instou os 193 Estados-membros a fazer dos programas de vacinação e imunização a prioridade de seus sistemas de saúde²⁴². Um trecho deste discurso dirige-se especialmente à indústria farmacêutica, de quem o orador é grande aliado: os laboratórios necessitariam, segundo Gates, oferecer preços de vacinas diferenciados para os países pobres. No momento em que o grande debate no seio da Assembleia Mundial da Saúde é o financiamento da pesquisa sobre doenças negligenciadas, Gates joga seu peso a favor do atual sistema de propriedade intelectual, pedindo apenas um desconto para os mais pobres²⁴³.

Em 5 de maio de 2011, a Diretora Geral da OMS apresentou à 64^a Assembleia Mundial da Saúde um projeto de reforma da organização. No relatório em questão, que foi rapidamente aprovado pela Assembleia²⁴⁴, Margaret Chan assim apresenta a necessidade de reforma da OMS:

“Ao final desta década, demasiadamente dispersa e tendo assumido compromissos em excesso, a OMS percebe que precisa reformar-se. Suas prioridades não estão definidas de modo

²⁴¹ Discurso disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/events/2005/wha58/gates/en/index.html> >.

²⁴² OMS, A64/DIV/6, *Address by Mr Bill Gates to the 64 WHA*, Genebra, 23/5/2011, p. 1 e p. 6.

²⁴³ Agathe Duparc e Marc Allgöwer, “Bill Gates – donateur généreux et parfois dérangeant”, *RTS Info*, 17/5/2011, disponível em: < www.rts.ch >, consultado em 18/3/2012.

²⁴⁴ OMS, WHA 64.2, *WHO reform*, Genebra, 20/5/2011.

suficientemente seletivo nem estratégico. A multiplicação do número de organismos que intervêm no setor da saúde traduziu-se por repetições inúteis e um esfacelamento da ação que tornam necessárias, mais do que nunca, maior coerência e melhor coordenação.

O apoio financeiro que a OMS recebe nem sempre dá prioridade às áreas em que a organização é mais capaz de promover os grandes progressos. A definição dos orçamentos é coercitiva e, com frequência, pouco considera as capacidades de execução ou os novos imperativos de austeridade financeira. Os procedimentos de recrutamento de pessoal e de fidelização, assim como os planos de carreira, seguem o modelo estabelecido há dezenas de anos, tornando a organização ainda mais rígida, incapaz de se adaptar rapidamente a problemas cada vez mais complexos²⁴⁵.

À primeira vista, seria possível pensar que a iniciativa de reforma vincula-se ao grande desgaste da OMS durante e após a crise sanitária de 2009-2010 e, talvez, ao resultado do labor do *Comitê de Revisão* do Regulamento Sanitário Internacional, que será estudado nos capítulos seguintes deste livro, considerando a gravidade das disfunções institucionais sobre as quais o Comitê se debruçou. Todavia, é consenso que a reforma em curso foi motivada por outras razões, operacionais e financeiras²⁴⁶, anteriores às recomendações do Comitê de Revisão. Neste diapasão, segundo Chan, de nada adianta elaborar um enfoque “racional e objetivo” das funções da OMS, se

“o nível real de financiamento do qual dispõe a OMS e a medida na qual os créditos são condicionados ao uso em finalidades

²⁴⁵ OMS, *Le financement futur de l'OMS: réformes pour un avenir sain – Rapport du Directeur général*, A64.4, Genebra, 5/5/2011, considerando 2 e 3. Com notável franqueza, sobretudo se tomada em conta a habitual parcimônia semântica da linguagem dos altos funcionários internacionais.

²⁴⁶ Cf. Gaudenz Silberschmidt, “How to set priorities for the World Health Organization”, *Global Health Programme Working Paper* n. 6, Genebra: IHEID, 2011, p. 5.

específicas, têm repercussões maiores sobre a definição de prioridades e as medidas efetivamente implementadas²⁴⁷.

Os resultados esperados pela reforma seriam, resumidamente, três: dar um novo foco às atividades essenciais da OMS, a fim de enfrentar os desafios sanitários aos quais são confrontados os Estados no século XXI, definindo prioridades e recebendo os meios financeiros adequados para tanto; reforçar o financiamento e a gestão da OMS para ser mais eficaz, esclarecendo as responsabilidades que cabem à sede, aos escritórios regionais e aos nacionais; e transformar a *governança* para reforçar a saúde pública, esclarecendo, especialmente, o papel dos órgãos dirigentes²⁴⁸. Em todos os documentos relativos à reforma, encontra-se a ideia de que, sendo mais coerente, a OMS poderia desempenhar um papel mais importante no seio da *governança* mundial.

O Conselho Executivo decidiu implementar um processo de consulta dito “transparente e participativo”, e *conduzido pelos Estados-membros*; determina, ainda, que os comitês regionais, com base em documentos preparados pela sede, promovam discussões estratégicas sobre a reforma da OMS; e convida os Estados a sustentar financeiramente o processo de reforma, além de engajar-se a seu favor²⁴⁹. Uma plataforma com documentos elaborados pelo Secretariado foi disponibilizada aos Estados e ao público geral na internet²⁵⁰.

Em novembro de 2011, houve uma reunião extraordinária do Conselho Executivo, apresentada como “histórica”, para tratar da reforma da OMS. Decidiu-se que os domínios de atividade

²⁴⁷ OMS, Direção-Geral, *Reform of priority setting at WHO – Opening remarks on WHO Reform: Meeting of Member States on programmes and priority setting*, Genebra, 27/2/2012, p. 2.

²⁴⁸ OMS, *WHO reform for a healthy future: an overview*, Genebra, 20/7/2011.

²⁴⁹ OMS, EB129(8) WHO reform, de 25/5/2011, publicada em EB129/DIV/2 de 16/6/2011, p. 3.

²⁵⁰ Inicialmente sob o título *Reforma da OMS para um futuro saudável*, hoje simplesmente *Reforma da OMS*, disponível em: <<http://www.who.int/dg/reform/en/index.html>>.

essenciais à OMS deveriam concentrar-se no desenvolvimento sanitário, no reforço dos sistemas e dos estabelecimentos de saúde, na produção de dados factuais sobre as tendências sanitárias e os determinantes da saúde, e no papel agregador da organização para melhorar a saúde no mundo²⁵¹. Nessa ocasião, o Conselho também declarou que “a independência e a integridade da OMS devem ser protegidas da influência injustificada de grupos de pressão”, e decidiu constituir um fundo de urgência para a ação da OMS em caso de emergência de saúde pública²⁵².

Entre 16 e 23 de janeiro de 2012, em sua reunião ordinária, o Conselho decidiu dar continuidade ao processo de reforma da OMS²⁵³. Uma “Reunião dos Estados-membros sobre os programas e a definição de prioridades” ocorreu em Genebra, nos dias 27 e 28 de fevereiro de 2012. Como preparação à 65ª AMS, uma série de documentos foi apresentada, entre eles um longo relatório da Direção-Geral²⁵⁴.

Durante a 65ª AMS, os Estados-membros da Unasul defenderam “uma reforma da OMS mais ampla do que a revisão das formas de financiamento, como inicialmente previsto”²⁵⁵. A diplomata brasileira Maria Luísa Escorel de Moraes criticou a “pressa” com que foi conduzido o tema da reforma, revelando que foram rejeçadas as tentativas de incluir nos documentos o adjetivo “gradual”, por influência dos grandes doadores, que são os maiores interessados

²⁵¹ OMS, “WHO’s Executive Board supports reform proposals – Reforms aim to better position WHO to improve health outcomes”, *Note for the media*, Genebra, 4/11/2011.

²⁵² *Ibid.* O texto não esclarece se a expressão concerne especificamente à uma ESPI, ou se refere a emergências de maneira geral.

²⁵³ OMS, EB130/DIV/3, Genebra, 23/1/2012.

²⁵⁴ OMS, A65/5 *WHO reform – Consolidated report by the Director-General*, Genebra, 25/4/2012, disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_5-en.pdf>.

²⁵⁵ UNASUL, ISAGS, 65ª *AMS discutiu Reforma da OMS com destacada atuação da UNASUL*, *Informe*, maio de 2012, p. 1, disponível em: <http://isags-unasul.org/media/file/Informe2_portugues_FINAL_link.pdf>.

específicas, têm repercussões maiores sobre a definição de prioridades e as medidas efetivamente implementadas²⁴⁷.

Os resultados esperados pela reforma seriam, resumidamente, três: dar um novo foco às atividades essenciais da OMS, a fim de enfrentar os desafios sanitários aos quais são confrontados os Estados no século XXI, definindo prioridades e recebendo os meios financeiros adequados para tanto; reforçar o financiamento e a gestão da OMS para ser mais eficaz, esclarecendo as responsabilidades que cabem à sede, aos escritórios regionais e aos nacionais; e transformar a *governança* para reforçar a saúde pública, esclarecendo, especialmente, o papel dos órgãos dirigentes²⁴⁸. Em todos os documentos relativos à reforma, encontra-se a ideia de que, sendo mais coerente, a OMS poderia desempenhar um papel mais importante no seio da *governança* mundial.

O Conselho Executivo decidiu implementar um processo de consulta dito “transparente e participativo”, e *conduzido pelos Estados-membros*; determina, ainda, que os comitês regionais, com base em documentos preparados pela sede, promovam discussões estratégicas sobre a reforma da OMS; e convida os Estados a sustentar financeiramente o processo de reforma, além de engajar-se a seu favor²⁴⁹. Uma plataforma com documentos elaborados pelo Secretariado foi disponibilizada aos Estados e ao público geral na internet²⁵⁰.

Em novembro de 2011, houve uma reunião extraordinária do Conselho Executivo, apresentada como “histórica”, para tratar da reforma da OMS. Decidiu-se que os domínios de atividade

²⁴⁷ OMS, Direção-Geral, *Reform of priority setting at WHO – Opening remarks on WHO Reform: Meeting of Member States on programmes and priority setting*, Genebra, 27/2/2012, p. 2.

²⁴⁸ OMS, *WHO reform for a healthy future: an overview*, Genebra, 20/7/2011.

²⁴⁹ OMS, EB129(8) WHO reform, de 25/5/2011, publicada em EB129/DIV/2 de 16/6/2011, p. 3.

²⁵⁰ Inicialmente sob o título *Reforma da OMS para um futuro saudável*, hoje simplesmente *Reforma da OMS*, disponível em: <<http://www.who.int/dg/reform/en/index.html>>.

essenciais à OMS deveriam concentrar-se no desenvolvimento sanitário, no reforço dos sistemas e dos estabelecimentos de saúde, na produção de dados factuais sobre as tendências sanitárias e os determinantes da saúde, e no papel agregador da organização para melhorar a saúde no mundo²⁵¹. Nessa ocasião, o Conselho também declarou que “a independência e a integridade da OMS devem ser protegidas da influência injustificada de grupos de pressão”, e decidiu constituir um fundo de urgência para a ação da OMS em caso de emergência de saúde pública²⁵².

Entre 16 e 23 de janeiro de 2012, em sua reunião ordinária, o Conselho decidiu dar continuidade ao processo de reforma da OMS²⁵³. Uma “Reunião dos Estados-membros sobre os programas e a definição de prioridades” ocorreu em Genebra, nos dias 27 e 28 de fevereiro de 2012. Como preparação à 65ª AMS, uma série de documentos foi apresentada, entre eles um longo relatório da Direção-Geral²⁵⁴.

Durante a 65ª AMS, os Estados-membros da Unasul defenderam “uma reforma da OMS mais ampla do que a revisão das formas de financiamento, como inicialmente previsto”²⁵⁵. A diplomata brasileira Maria Luísa Escorel de Moraes criticou a “pressa” com que foi conduzido o tema da reforma, revelando que foram rechaçadas as tentativas de incluir nos documentos o adjetivo “gradual”, por influência dos grandes doadores, que são os maiores interessados

²⁵¹ OMS, “WHO’s Executive Board supports reform proposals – Reforms aim to better position WHO to improve health outcomes”, *Note for the media*, Genebra, 4/11/2011.

²⁵² *Ibid.* O texto não esclarece se a expressão concerne especificamente à uma ESPII, ou se refere a emergências de maneira geral.

²⁵³ OMS, EB130/DIV/3, Genebra, 23/1/2012.

²⁵⁴ OMS, A65/5 WHO reform – *Consolidated report by the Director-General*, Genebra, 25/4/2012, disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65.5-en.pdf>.

²⁵⁵ UNASUL, ISAGS, 65ª AMS *discutiu Reforma da OMS com destacada atuação da UNASUL*, *Informe*, maio de 2012, p. 1, disponível em: <http://isags-unasul.org/media/file/Informe2_portugues_FINAL_link.pdf>.

na aceleração do processo de reforma por já terem uma “posição articulada”; criticou igualmente a retirada da expressão “saúde e desenvolvimento” dos documentos em tela²⁵⁶.

A propósito, a referência constante da Direção-Geral da OMS aos Estados-membros como os protagonistas da reforma parece revelar uma busca de legitimação que, no entanto, enseja inúmeras questões. Supondo que um número significativo de Estados tenha, de fato, uma concepção madura e detalhada de qual deve ser o trabalho da OMS, tal visão dificilmente seria consensual, traduzindo interesses que privilegiam diferentes campos da atuação da organização. Um exemplo das evidentes tensões entre os Estados é a posição do Brasil e da Índia, produtores de medicamentos genéricos, no debate sobre a contrafação de medicamentos. Durante a 63ª AMS, de 2010, brasileiros e indianos temiam que um exagero nesta regulamentação englobasse aspectos concernentes à propriedade intelectual, entervando o comércio de genéricos, que é vital para os países mais pobres. Eles chegaram a solicitar que a OMS rompesse uma parceria estabelecida com o *Grupo internacional de luta contra a contrafação de medicamentos (Impact)* – espécie de força-tarefa que reúne aduanas, polícias, representantes da Organização Mundial do Comércio (OMC) e do Banco Mundial, além de representantes da indústria farmacêutica²⁵⁷.

É também o caso da crítica formulada pelos países da UNASUL em relação às prioridades de atuação da OMS que foram propostas pela Direção-Geral por ocasião da 65ª AMS. Segundo Chan, as “categorias” prioritárias seriam: 1) Doenças Transmissíveis; 2) Doenças Não Transmissíveis; 3) Promoção da saúde ao longo da vida; 4) Sistemas de Saúde; e 5) Prevenção, Vigilância e Resposta²⁵⁸.

²⁵⁶ UNASUL, ISAGS, 65ª AMS discutiu Reforma da OMS ..., *op. cit.*, p. 4.

²⁵⁷ Agathe Duparc, “L’Assemblée mondiale de la santé marquée par un climat Nord-Sud”, *Le monde*, 21/5/2010.

²⁵⁸ OMS, A65/40 WHO reform, *Report by the Director-General*, 22/3/2012, disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_40-en.pdf>.

Como coordenador nacional do Brasil na UNASUL Saúde, o sanitarista Paulo Buss indicou que não está sendo considerada a *produção social da saúde* dentre tais categorias, ora focadas na ruptura da normalidade biológica; sua sugestão é de que as atuais categorias 1, 2 e 5 sejam mescladas sob o nome *Vigilância em Saúde*, e que uma sexta categoria seja acrescentada para aportar os temas saúde, desenvolvimento e determinantes sociais da saúde²⁵⁹.

Pressionados por estas tensões, a Direção-Geral, o Secretariado e o Conselho Executivo não escondem suas dificuldades de pautar a ação da OMS, e de construir um prisma coletivo capaz de ganhar a adesão massiva dos Estados. Ao recolher opiniões e tentar conciliar o inconciliável, a OMS corre o risco de ceder a uma pauta mínima de ação, gerada por equações instáveis entre as vontades dos Estados, ou talvez pior ainda, dos financiadores privados. Nesta perspectiva, parece claro que a questão do financiamento só poderia ser solucionada por meio do aumento da contribuição fixa dos Estados-membros da organização. Mas num momento de recessão econômica, e sob a pressão dos maiores financiadores da organização, que se encontram no setor privado, a Direção da OMS parece preferir uma solução gerencial a uma abordagem política.

Como Presidente da *Federação Mundial das Associações de Saúde Pública* (WFPHA), Paulo Buss sustenta que

²⁵⁹ UNASUL, ISAGS, *op. cit.*, p. 3. A posição do Brasil sobre o futuro da OMS, que tende a ser compartilhada em âmbito regional, parece ir no sentido de que “as referências políticas e técnicas da atuação da OMS nas próximas décadas deverão ser os desafios colocados pelos determinantes sociais da saúde e as ações intersectoriais, nos termos estabelecidos na *Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde*, o incentivo ao desenvolvimento de sistemas de saúde universais, equitativos e de qualidade, baseados nos princípios de Alma Ata, e os compromissos do desenvolvimento sustentável emanados da Rio+20”, Paulo Buss *et al.* “Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável”, *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, Junho 2012, p. 1483.

“Neste momento a Associação está participando ativamente da crítica à ineficiência e à ineficácia da OMS. Com 60 anos de história, o sistema das Nações Unidas como um todo está dando profundos sinais de fadiga de materiais, e isso se refere ao mínimo. Não é somente a questão do Conselho de Segurança, mas também a falta de transparência nos processos de decisão, entre outros. (...) Hoje, no Brasil, fazemos uma crítica profunda à OMS e pedimos a sua reforma, mas a atual Diretoria-Geral assumiu esse processo e está, literalmente, procurando esterilizar o processo de reforma. Mas isso nós não vamos tolerar. A WFPHA vai bater nessa tecla. Não queremos que seja, e não pode ser, uma reforma cosmética. A Federação não pode ficar de joelhos para a Organização Mundial do Comércio (OMC) na discussão patente x paciente. Temos que defender os pacientes. Não há hierarquia entre as agências das Nações Unidas. Existe ou não existe visão política, e a OMS tem uma visão obtusa e está de joelhos para as organizações econômicas”²⁶⁰.

Por ocasião da 132ª reunião do Conselho Executivo, um documento relativo à implementação da reforma da OMS assim redimensiona os objetivos do processo:

1. eixo programático – melhores resultados sanitários, correspondendo à OMS uma ação que responda às expectativas de seus Estados-membros e de seus parceiros, conforme às prioridades sanitárias fixadas de comum acordo, e que privilegie os domínios nos quais a organização exerce uma função única ou desfruta de uma vantagem comparativa, mediante um financiamento que facilite esta meta;
2. eixo de governança – maior coerência da ação sanitária no mundo, reservando à OMS o papel dirigente que permita a numerosos atores contribuir de modo ativo e eficaz para a saúde de todos os povos;

²⁶⁰ Entrevista concedida a Isabela Schincariol, *Portal ENSP – Notícia*, s/d, disponível em: <www.ensp.fiocruz.br>, consultada em 14/9/2012.

3. eixo de gestão – uma organização que vise à excelência, que seja eficaz, eficiente, reativa, objetiva, transparente e responsável²⁶¹.

Segundo o mesmo documento, ao longo dos últimos anos, os Estados-membros teriam adotado, por meio de resoluções e decisões dos órgãos diretivos da OMS, mais de 40 propostas referentes aos três grandes eixos da reforma. Um relatório da Direção Geral revela que a maioria destas propostas está em curso, tendo como horizonte de realização o ano de 2015, revelando, ainda, que significativa parte das metas necessita de maior detalhamento por parte dos órgãos diretivos para que tenha início²⁶².

Até o momento, o que se pode constatar é que, verdadeiros florões da linguagem tecnocrática, os documentos elaborados no âmbito da reforma são numerosos, volumosos, repetitivos e pouco inteligíveis²⁶³. Diante do que se pode compreender de tais documentos, as primeiras reações da sociedade civil são de inquietação: “a questão é saber se, em lugar de uma agência de saúde pública multilateral, a OMS não se tornará uma agência privada a serviço dos interesses de um punhado de doadores”²⁶⁴.

2.5. A participação das ONGs

Diferentemente de outras organizações internacionais, desde sua origem a OMS preocupou-se em atrair organizações sociais,

²⁶¹ OMS, EB132/INF./3 *Implementation of WHO reform, 2012 – High-level implementation plan*. Genebra, 8/1/2013, disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/INF3-en.pdf>.

²⁶² OMS, EB132/5 Add.8 *Implementation of WHO reform, 2012 – Report by the Director-General*, Genebra, 8/1/2013, disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/5Add8-en.pdf>.

²⁶³ Os documentos mais importantes relativos à reforma encontram-se disponíveis em: <http://www.who.int/about/who_reform/documents/en/index.html>, consultado em 11/4/2013.

²⁶⁴ German Velasquez, ex-Diretor do Departamento sobre inovação e propriedade intelectual da OMS, *Le Monde*, 19/5/2011.

além de regular as relações que com elas estabeleceria. Assim, reza o já mencionado artigo 18 da Constituição:

“As funções da Assembleia serão: ...

... g) Dar instruções ao Conselho e ao diretor-geral para chamar a atenção dos Estados-membros e das organizações internacionais, governamentais ou não governamentais, sobre qualquer assunto respeitante à saúde que a Assembleia considere apropriado;

h) Convidar qualquer organização internacional ou nacional, governamental ou não governamental, que tenha responsabilidades relacionadas com as da Organização, a nomear representantes para participar, sem direito de voto, nas suas sessões ou nas das comissões e conferências reunidas sob a sua autoridade, nas condições prescritas pela Assembleia da Saúde; mas, no caso de organizações nacionais, os convites só serão enviados com o consentimento do Governo interessado”.

O artigo 71 acrescenta que

“A Organização pode, em assunto dentro da sua competência, tomar todas as disposições convenientes para consultar e cooperar com organizações internacionais ou governamentais e, com aprovação do Governo interessado, com organizações nacionais, governamentais ou não governamentais”.

As relações da OMS com a sociedade civil foram pautadas, já na primeira Assembleia Mundial da Saúde, por princípios que foram atualizados na terceira e na quadragésima assembleias, estando em vigor esta última atualização, que data de 1987²⁶⁵. Tais princípios

²⁶⁵ OMS, Resolução WHA40.25 – *Principes régissant les relations entre l'Organisation mondiale de la Santé et les organisations non gouvernementales*, in: OMS, *Documents fondamentaux*. 47 ed. [com emendas até 31/5/2009], Genebra, 2009, p. 81-86. Um estudo sobre a aplicação de tais princípios pode ser encontrado em Christophe Lanord, *A study of WHO's Official Relations system with Nongovernmental Organizations*, Genebra: WHO Civil Society Initiative, junho de 2002, disponível em: <http://www.who.int/civilsociety/documents/en/study.pdf>.

orientam a *acreditação* de ONGs junto à OMS, mas não oferecem um eixo para promover a *consulta* e a *colaboração* entre a instituição internacional e a sociedade, tampouco cobrindo a relação dos escritórios regionais e nacionais da OMS com as organizações sociais²⁶⁶.

Participam do processo decisório da OMS as organizações²⁶⁷ que mantêm *relações oficiais* com a organização. A mais recente lista consolidada, de janeiro de 2013, computa **187 ONGs em relações oficiais com a OMS**²⁶⁸. Desde 1948, tais organizações são automaticamente convidadas a participar das reuniões dos órgãos deliberativos da OMS, podendo intervir após a manifestação dos Estados-membros, desde que apresentem seus discursos com 24 horas de

²⁶⁶ OMS, *Towards a new policy of WHO engagement with NGOs – Consultation with NGOs*, Apresentação, Genebra, 22/10/2012, disponível em: <http://www.who.int/about/who_reform/documents/Presentation_NGO_18Oct2012.pdf>.

²⁶⁷ Para a OMS, sociedade civil compreende os movimentos sociais, o mundo associativo, as ONGs, as organizações locais, e outras entidades privadas com objetivo não lucrativo, cf. OMS, *société civile et organisations non gouvernementales: examen des interactions – Relations extérieures et organes directeur – Initiative société civile*, Genebra, 2002, p. 2. As dificuldades conceituais neste campo são evidentes. Para alguns, “a ação coletiva nas áreas sociais e, dentro delas, no campo da saúde, não corresponderiam a *movimentos sociais* com caráter autônomo, capazes de gerar condutas de conflito por diferentes orientações culturais no campo da saúde. As demandas nesse campo colocar-se-iam no plano organizativo e no seu limite no plano do confronto político em termos de sua organização. A saúde, bem como outras áreas sociais, passariam a expressar esse movimento mais geral, que encontra-se em processo, e que teria em seu horizonte a perspectiva de orientação cultural por uma sociedade que incorporasse seus contingentes marginalizados, diminuísse as disparidades sociais existentes e estabelecesse outros critérios de relação no plano jurídico-político”, Rubens Adorno, “Movimento social e participação: a saúde na esfera pública”, *Saúde e sociedade*, 1(2): 111-124, 1992, p. 121.

²⁶⁸ OMS, *English/French list of 187 nongovernmental organizations in official relations with WHO reflecting decisions of EB132*, January 2013, Disponível em: <http://www.who.int/civilsociety/relations/NGOs-in-Official-Relations-with-WHO.pdf>.

antecedência. No entanto, segundo a OMS, menos de 50% das ONGs em relações oficiais com a OMS participam das Assembleias Mundiais da Saúde, e menos de 30% participam das sessões de janeiro do Conselho Executivo²⁶⁹.

Quem decide pelo entabulamento de relações oficiais de uma ONG com a OMS é o Conselho Executivo, após exame do relatório de seu *Comitê Permanente de Organizações Não Governamentais*. Em 2013, por exemplo, o Conselho Executivo da OMS, em sua 132ª sessão, adotou uma Resolução²⁷⁰ que acolheu quase integralmente a proposta contida no relatório do Comitê²⁷¹, pondo fim às relações oficiais com duas organizações²⁷² e admitindo-as com seis novas entidades²⁷³. O principal critério adotado pelo Comitê consiste na

²⁶⁹ OMS, *Towards a new policy of WHO engagement with NGOs – Consultation with NGOs*, Apresentação, Genebra, 22/10/2012, disponível em: <http://www.who.int/about/who_reform/documents/Presentation_NGO_18Oct2012.pdf>.

²⁷⁰ OMS, Conselho Executivo, *Relations avec les organisations non gouvernementales*, EB132.R9, Genebra, 28/1/2013.

²⁷¹ OMS, *Reports of committees of the Executive Board, Standing Committee on Nongovernmental Organizations*, EB132/34, de 26/1/2013.

²⁷² São elas a *Associação Internacional de Epidemiologia e Liga Internacional La Leche*. No caso da primeira, a entidade teria sido convidada a apresentar um relatório sobre a colaboração com a OMS, mas não teria respondido ao convite. Segundo a avaliação do Comitê, o plano de colaboração relativo ao período de 2010 a 2012 nunca foi implementado, tendo cessado igualmente o contato com a entidade. Quanto à segunda, após relatar diversas diligências de aproximação com a ONG em questão, o Comitê considera que “os recursos da Liga atualmente não permitem que ela se comprometa junto à OMS na planificação conjunta de atividades”. O Comitê recomendou, ainda, a ruptura das relações da OMS com o *Global Health Council*, mas o Conselho não se manifestou a respeito. Segundo o Relatório do Comitê, a entidade teria cessado suas atividades, tornando-se um simples “quadro institucional”, cf. *ibid.*

²⁷³ São elas: *The Global Alliance for Rabies Control Inc.*, *WaterAid*, *Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation*, *Sociedade Europeia de Oncologia Médica*, *Worldwide Palliative Care Alliance* e *International Association for Hospice and Palliative Care Inc.*, *ibid.*

aplicação do item 4.5 dos já mencionados princípios norteadores das relações entre a OMS e as ONGs. Em virtude deste dispositivo, um plano de colaboração baseado em objetivos mutuamente acordados e no qual sejam listadas as atividades comuns deve ser a base das relações “oficiais” com as entidades.

Não resta dúvida sobre o fato de que estas relações merecem uma pesquisa específica e de fôlego, que excede largamente as possibilidades e os objetivos deste livro. Apenas no ano de 2013, o relatório do Comitê analisou a relação da OMS com 68 entidades, com base em documentos de circulação restrita²⁷⁴. Do que se pode extrair do relatório público, chama a atenção o tipo de avaliação feita pelo Comitê sobre as relações da OMS com entidades importantes como, por exemplo, a Oxfam²⁷⁵.

Em 2011, a OMS anunciou a criação do *Fórum Mundial da Saúde*, cuja primeira reunião deveria ocorrer em Genebra, em novembro de 2012. Seu objetivo seria o de explorar, num quadro informal em que participariam numerosos atores, as formas de trabalhar conjuntamente com maior eficácia. Tratar-se-ia de um âmbito consultivo, integrado por governos, organizações dedicadas à saúde mundial, parceiros, organizações regionais, organismos multilaterais e bilaterais, entidades filantrópicas, organismos da sociedade civil, organizações do setor privado e outras²⁷⁶. Um coletivo de organizações,

²⁷⁴ Especialmente o EB132/NGO/WP/1, ao qual não se teve acesso.

²⁷⁵ Trata-se de uma confederação internacional composta por 17 organizações que atuam em mais de 90 Estados (cf. OXFAM Internacional, disponível em: <<http://www.oxfam.org/en/about>>). Segundo o relatório do Comitê, “a Oxfam indicou ter participado das reuniões da OMS ao longo do período 2010-2012, mas aparentemente não houve nenhuma atividade de colaboração. Na ocasião do precedente exame, esperava-se que um plano de colaboração seria convencionado. Porém, o administrador técnico designado pela OMS aposentou-se e um certo lapso de tempo transcorreu sem que seu sucessor fosse nomeado. Contactou-se a Oxfam com a intenção de esclarecer o estado de suas relações”, ficando a análise do caso adiada para a próxima reunião do Conselho, *ibid.*

²⁷⁶ OMS, *Forum mondial de la santé – Note de synthèse*, 22/6/2011.

entre elas a legendária *Médicos sem fronteiras*, reagiu enfaticamente a esta proposta, considerando que ela “atenta contra os princípios da governança democrática, a independência e a eficácia da OMS, nela reforçando o já desmedido poder do setor lucrativo”²⁷⁷.

A seguir, por meio da Decisão 65(9), a 65ª AMS, de 2012, pediu à Diretora-Geral que apresentasse ao Conselho Executivo, em sua 132ª reunião, ocorrida em janeiro de 2013, um projeto de “documento de política sobre o compromisso da OMS com as ONGs”, e um “relatório sobre os acordos de acolhimento de parcerias em prol da saúde e sobre as propostas de harmonização das atividades com as parcerias acolhidas”; ademais, a 65ª AMS pediu à 133ª reunião do Conselho Executivo, ocorrida em maio de 2013, que fosse apresentado um projeto de “documento de política sobre as relações com entidades comerciais privadas”²⁷⁸.

A 65ª AMS também determinou que a atuação da Diretora-Geral quanto à elaboração destes documentos fosse orientada por cinco “princípios”, que instituem limites explícitos a uma reforma mais profunda do sistema de participação social:

- i. o caráter intergovernamental da adoção de decisões no âmbito da OMS continua tendo uma importância capital;
- ii. a formulação de normas, padrões, políticas e estratégias, que integram o núcleo do trabalho da OMS, deve continuar baseada no uso sistemático de dados probatórios e deve proteger-se da influência de todo e qualquer interesse;
- iii. a necessidade de realizar as devidas consultas com todas as partes envolvidas, tendo em conta os princípios e diretrizes estabelecidos para os contatos da OMS com os Estados-membros e outros parceiros;

.....

²⁷⁷ Agathe Duparc, “L’OMS, une agence de plus en plus privée”, *Le Monde*, 19/5/2011.

²⁷⁸ OMS, A65/DIV/3 *Decisions and list of resolutions*, Genebra, 5/6/2013, p. 5-6, disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_DIV3-en.pdf>.

iv. toda nova iniciativa deverá oferecer benefícios claros e agregar valor, no sentido de enriquecer políticas ou aportar algo às capacidades nacionais, sob a perspectiva da saúde pública;

v. o aproveitamento dos mecanismos existentes é preferível à organização de foros, reuniões ou estruturas novas, devendo ser precedido de análise que demonstre claramente se eventual custo adicional trará melhores resultados²⁷⁹.

Em cumprimento ao mandato para elaborar o documento de política sobre o compromisso da OMS com as ONGs, a Direção-Geral convocou um evento de consulta à sociedade civil, realizado em 18 de outubro de 2012, com três objetivos principais: promover a colaboração com as ONGs, desvinculando-a do estabelecimento de “relações oficiais”; melhorar as formas de consulta às ONGs, independentemente de relação oficial, para aperfeiçoamento das políticas e estratégias no campo da saúde; atualizar e aperfeiçoar os critérios de participação de ONGs nos órgãos diretivos da OMS²⁸⁰. Naquela ocasião, a OMS reconheceu que o número de ONGs com quem mantém “relações informais” é muito superior à cifra das organizações acreditadas, com quem mantém “relações oficiais”²⁸¹.

No discurso de abertura do evento, Margaret Chan abordou alguns dos mais polêmicos elementos da temática em tela. Embora tenha destacado a necessidade de um maior compromisso entre a OMS e as ONGs, Chan reconheceu a persistência de certa

.....
²⁷⁹ *Ibid.*

²⁸⁰ OMS, *Issues Paper – Consultation on WHO’s engagement with NGOs: Issues to consider in the formulation of a policy*, Genebra, 12/10/2012, disponível em: <http://www.who.int/about/who_reform/governance/who_reform_consultation_who_ngo_engagement_issues_paper.pdf>.

²⁸¹ OMS, *Towards a new policy of WHO engagement with NGOs – Consultation with NGOs*, Apresentação, Genebra, 22/10/2012, disponível em: <http://www.who.int/about/who_reform/documents/Presentation_NGO_18Oct2012.pdf>.

“confusão” no debate e indicou que “algumas questões ainda deixam os Estados um pouco nervosos”²⁸².

Na visão de Chan, as ONGs ocupam um espaço político único, expressando “o poder social das pessoas comuns, em oposição aos poderes coercitivos e regulamentares dos governos, e ao poder econômico do mercado”. Por conseguinte, as ONGs poderiam expressar-se francamente, diferentemente das organizações internacionais, que precisam mostrar-se “diplomaticamente discretas”: “não nos é permitido enfurecer ou vociferar, mas alguns entre vocês o fazem muito bem”, disse a Diretora-Geral. Ela sublinhou a importância das ONGs, entre outros domínios, na difusão das recomendações técnicas da OMS junto às populações desfavorecidas e marginalizadas; durante a negociação de instrumentos da governança mundial da saúde, como os da luta contra o tabagismo ou pelo acesso a medicamentos; na ação humanitária, particularmente em situações de conflito armado; e para reunião de pesquisadores, associações profissionais, institutos médicos e estudantes de medicina, com o intuito de influir sobre problemas específicos de saúde.

No entanto, Chan também ressaltou que “as ONGs não são um grupo uniformemente composto por organizações altruístas”, mencionando algumas de suas numerosas subcategorias: Bingos (ONGs com interesses comerciais)²⁸³, Pingos (ONGs de interesse público)²⁸⁴, Gongos (ONGs administradas pelos governos)²⁸⁵, e ainda Congos (ONGs organizadas pelas comunidades)²⁸⁶ e Tangos (ONGs para assistência técnica)²⁸⁷. Segundo a Diretora-Geral,

.....
²⁸² OMS, *WHO Director-General addresses NGO community – Dr Margaret Chan – Opening remarks at a consultation on WHO engagement with nongovernmental organizations*, Genebra, 18/10/2012, disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2012/consultation_20121018/en/index.html>.

²⁸³ *Business-interest NGOs*.

²⁸⁴ *Public-interest NGOs*.

²⁸⁵ *Government-operated NGOs*.

²⁸⁶ *Community-organized NGOs*.

²⁸⁷ *Technical-assistance NGOs*.

“Os quadros institucionais e operacionais diferem de uma organização à outra. O alcance da intervenção é variável, assim como o grau de eficácia e a viabilidade dos resultados. Na melhor das hipóteses, seus programas estão estreitamente alinhados às diretrizes técnicas da OMS, mas nem sempre é o caso. Os Estados-membros da OMS suscitaram interrogações sobre sua legitimidade. Vocês intervêm, frequentemente em grande número, em diversos países, mas geralmente não são submetidas à regulamentação nacional. Eu ouvi protestos. Onde está o controle governamental? A quem as ONGs devem prestar contas?”²⁸⁸.

Não obstante, Chan sustentou que a fonte de financiamento de uma ONG não condiciona, por si só, sua legitimidade, e que organizações financiadas por Estados raramente são acusadas de constituir “o braço armado da política exterior” de seus financiadores. Ela exemplificou a complexidade do tema citando as ONGs que representam o setor do transporte aéreo, claramente vinculadas a interesses comerciais. Para Chan, apesar de tais interesses, essas organizações têm desempenhado papel essencial na luta contra os surtos epidêmicos.

Por fim, a Diretora-Geral demarcou de maneira enfática os limites do diálogo com as ONGs, em clara referência às restrições feitas pela 65ª AMS ao seu mandato:

“muitas vezes, nossos Estados-membros rejeitaram propostas de reforma que implicavam a instauração de novos mecanismos ou o acréscimo de novos níveis de complexidade. Em outros termos, minha capacidade de responder a certas demandas de vocês poderá ser limitada pela vontade formulada explicitamente pelos Estados-membros. Afinal, eles são os acionistas e proprietários desta organização”²⁸⁹.

O relatório do evento traz diversas sugestões objetivas para o processo de reforma, além de elementos importantes para o debate,

.....
²⁸⁸ OMS, *WHO Director-General addresses NGO community...*, *op. cit.*

²⁸⁹ *Ibid.*

especialmente sobre a definição, a transparência e a prestação de contas das ONGs, revelando a grande preocupação de numerosas entidades em relação à participação dos que representam interesses comerciais ou corporativos, no sentido de que a OMS deveria encontrar formas mais eficazes para proteger-se do conflito de interesses que daí resulta²⁹⁰.

Como resultado desta consulta, a Direção-Geral encaminhou um informe, ainda bastante exploratório, ao Conselho Executivo²⁹¹. Em sua 132ª reunião, o Conselho decidiu pedir à Chan que proporia princípios gerais sobre o compromisso da OMS com as ONGs, definindo procedimentos operativos separados para participação das ONGs e das entidades comerciais, e que harmonize as propostas de política para relações com cada um destes setores²⁹². Entre outras medidas, determinou que a Diretora-Geral conduza consultas públicas via internet sobre o projeto, e estabeleceu ainda que, para respaldar suas propostas de políticas, Chan deve convocar dois procedimentos de consulta separados: um dos Estados-membros e das ONGs, outro dos Estados-membros e das entidades comerciais privadas²⁹³.

²⁹⁰ OMS, WHO Reform: Towards a new policy of WHO engagement with NGOs – Consultation with NGOs 18 October 2012, Relatório, disponível em: < http://www.who.int/about/who_reform/governance/who_report_ngo_consultation_nov2012.pdf >.

²⁹¹ OMS, EB132/5 Add.2 Key issues for the development of a policy on engagement with nongovernmental organizations – Report by the Director-General, Genebra, 18/1/2013, disponível em: < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/EB132_5Add2-en.pdf >.

²⁹² OMS, EB132/DIV./3 Decisions and list of resolutions, 26/2/2013, p. 5, disponível em: < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/EB132_DIV3-en.pdf >.

²⁹³ *Ibid.*

PARTE II – ...AO DIREITO DA EMERGÊNCIA

Por ocasião da pandemia de gripe A(H1N1), foi pela primeira vez aplicada a mais recente versão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de 2005. Não se trata mais, como antes, de “inscrever notificações dos Estados em um boletim epidemiológico semanal”, e sim de manter um sistema ativo de vigilância, em tempo real, mobilizado 24 horas por dia²⁹⁴.

Na segunda parte deste livro, estudaremos o processo de elaboração do RSI(2005), que embasou juridicamente a resposta da OMS à pandemia de gripe A(H1N1), com o intuito de compreender o processo de declaração da primeira Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPI). A seguir, analisaremos alguns mecanismos de controle da primeira aplicação deste direito da emergência: da própria OMS, um mecanismo regional e um mecanismo nacional. Trata-se de melhor compreender esta engrenagem, e refletir, graças ao estudo do caso da gripe A(H1N1), sobre os grandes desafios deste novo direito.

²⁹⁴ Solenne Delga, “Un droit international public de la santé contraignant pour les États?” in: Dominique Kerouedan (Dir.), *Santé internationale – Les enjeux de santé au Sud*. Paris: Presses de Sciences Po, 2011, p. 489.