

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-086>

Data de submissão: 10/01/2025

Data de publicação: 10/02/2025

Laísse Lima Silva Costa

Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduada em Direito (UFMA).
E-mail: laisse.lsc@gmail.com

Fredson de Sousa Costa

Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Professor universitário.
E-mail: fredsondesousacosta@gmail.com

José Mariano Muniz Neto

Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça (UFMA). Professor universitário.
Pesquisador do Núcleo de Estudos de Direito Constitucional (UFMA). Assessor Especial da
Procuradoria Federal (UFMA). Advogado.
E-mail: jose.muniz@ufma.br

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar em que contexto a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi inserida na proteção da saúde em âmbito internacional, os eventos históricos que envolveram a sua criação, assim como expor determinados questionamentos decorrentes de sua atuação como agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU). Também procurou-se analisar os desafios que a OMS enfrenta com relação às outras entidades que cuidam da área da saúde global. Para tanto, a presente pesquisa dividiu-se em dois capítulos. O primeiro diz respeito ao contexto histórico em que a Organização Mundial da Saúde surgiu como uma das extensões da Organização das Nações Unidas (ONU). Por sua vez, o segundo capítulo abrange o papel desempenhado pela OMS em questões relativas à saúde no âmbito internacional. Para alcançar os objetivos ora propostos, optou-se pela revisão de literatura e pelas técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, realizando-se, pois, a coleta, leitura, seleção de artigos científicos, livros e outros documentos considerados imprescindíveis ao entendimento do tema.

Palavras-chave: Organização Mundial da Saúde (OMS). Proteção à Saúde. Cenário Internacional. Desafios. Crise.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo pretende analisar em que contexto a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi inserida na proteção da saúde em âmbito internacional, os eventos históricos que envolveram a sua criação, assim como expor determinados questionamentos decorrentes de sua atuação como agência especializada da Organização das Nações Unidas.

No momento em que o direito à saúde foi considerado pauta na agenda internacional, houve a manifestação, por diversos países, do desejo de criar e estruturar uma instituição que fosse capaz de lidar com problemas que recorrentemente assolavam a população mundial, como epidemias provocadas por diferentes patógenos, que precisavam ser controladas, para a realização da estabilidade social e econômica.

Coube à OMS, agência internacional de saúde especializada, assumir esse papel de orientação dos governos locais em relação aos procedimentos a serem adotados para a garantia da saúde das populações.

Ocorre que as ações da OMS foram, continuamente, ofuscadas por outras instituições que também passaram a desenvolver ações na área da saúde, através, em geral, de consideráveis aportes financeiros e técnicos.

Em razão dessa situação, a OMS tem sido alvo constante de severas críticas acerca da sua atuação, na medida em que se questiona se ela realmente estaria cumprindo os propósitos para os quais foi criada, se é imprescindível para o desenvolvimento e manutenção da saúde global, se os procedimentos por ela adotados seriam adequados, suficientes, transparentes e sem interferências políticas.

Dessa maneira, serão objetivos desta investigação a busca pela compreensão da dinâmica de atuação da OMS em relação à saúde global, através de uma breve incursão histórica sobre o seu processo de criação e consolidação no cenário internacional, assim como a exposição de alguns problemas que ela atualmente enfrenta para seu financiamento e manutenção de sua autoridade em questões sanitárias.

Para alcançar os objetivos ora propostos, optou-se pela revisão de literatura e pelas técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, realizando-se, pois, a coleta, leitura, seleção de artigos científicos, livros e outros documentos considerados imprescindíveis ao entendimento do tema.

A presente pesquisa dividiu-se em dois capítulos. O primeiro diz respeito ao contexto histórico em que a Organização Mundial da Saúde surgiu como uma das extensões da Organização das Nações Unidas. Por sua vez, o segundo capítulo abrange o papel desempenhado pela OMS em questões relativas à saúde no âmbito internacional.

2 BREVE HISTÓRICO SOBRE A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

A função desempenhada pela saúde na configuração das relações internacionais, a partir da segunda metade do século XIX, ainda não foi suficientemente avaliada (Lima, 2002).

A consciência sobre o conceito de “mal público”, representado pelas doenças transmissíveis, e a necessidade de estabelecimento de medidas de proteção em nível nacional e internacional contribuíram, sobremaneira, para a criação de fóruns e organismos de cooperação de alcance mundial (Lima, 2002).

Segundo Lima (2002), diferentes explicações poderiam ser elencadas, porém destaca-se o crescente fluxo de mercadorias e pessoas, bem como o de doenças. Assim, ações de proteção à saúde foram constantemente alvo de debates e tentativas de normalização.

O fenômeno urbano e os novos conhecimentos concernentes à saúde impactaram não somente o plano interno das nações, mas também as relações internacionais, com a intensificação do comércio e as implicações negativas do estabelecimento das quarentenas nos portos marítimos (Lima, 2002).

Mesmo quando a eminent eclosão de conflitos entre os Estados nacionais evidenciou a temática da guerra, em virtude do processo de expansão imperialista, a agenda de saúde intensificou-se como questão de caráter internacional (Lima, 2002).

Durante o século XIX, a doença que mais marcou esse período foi o cólera, que deu origem àquela que foi considerada a primeira pandemia, no período de 1817-23, atingindo, de maneira progressiva, países do Golfo Pérsico e os também os alcançados pelo Oceano Índico (Veronelli; Testa, 2002).

Nessa ocasião, o padrão tradicional da expansão dessa doença foi alterado pela maior frequência do comércio internacional e dos movimentos militares oriundos da dominação britânica na Índia (Veronelli; Testa, 2002).

Em 1826, iniciou-se uma segunda pandemia provocada pelo cólera, que chegou rapidamente à Rússia. A rebelião polaca em 1830-1831 permitiu que essa doença alcançasse o Báltico e, por fim, a Inglaterra. O cólera desembarcou em Sunderland, em 1831 e, em dois anos, se estima que houve cerca de 30.000 mortes (Veronelli; Testa, 2002).

Foi a primeira vez na história que o cólera atingiu a Europa, e suas visitas sucessivas foram causa não somente de consternação, mas também de especulações, sobre a natureza das doenças epidêmicas em geral e do cólera em particular, bem como sua relação com as condições sanitárias, meteorológicas e geofísicas (WHO, 1958).

Dessa maneira, em meados do século XIX, tiveram início as Conferências Sanitárias Internacionais, que constituíam fóruns de debate científico acerca das controvérsias em torno das

causas e dos mecanismos de transmissão de doenças, e político, uma vez que dizia respeito ao estabelecimento de normas e procedimentos comuns entre os países que enfrentavam problemas como as epidemias de cólera e de peste bubônica. Ressalte-se que, geralmente, nas Conferências Sanitárias Internacionais se manifestavam diversas controvérsias científicas (Lima, 2002).

Tais conferências reuniam, principalmente, países europeus e expressavam a contradição entre a crescente insegurança, decorrente da ampliação das epidemias e da própria emergência do conceito de pandemia, e a ideia de progresso que se afirmava e encontrava representação simbólica nas Grandes Exposições Internacionais (Lima, 2002).

Dessa forma, destaca-se que no primeiro meio século de internacionalização da saúde pública o progresso foi muito lento. Na verdade, aduz-se que dificilmente poderia ter sido o contrário, já que a ciência médica ainda buscava a chave para os fundamentos dos problemas em discussão (OWS, 1958).

Além disso, os objetivos e orientação do trabalho internacional em saúde eram muito simples e bem limitados. Dessa maneira, duas ideias principais dominaram as Conferências Sanitárias Internacionais: a primeira consistia na remoção de obstáculos ao comércio e transporte, e a segunda era a defesa da Europa contra pestilências exóticas (WHO, 1958).

A cooperação internacional em saúde teria começado, então, com a primeira Conferência Sanitária Internacional, em Paris, em 23 de julho de 1851, cujo objetivo era harmonizar e reduzir, de maneira que se mantivesse um mínimo de segurança, os requisitos conflitantes e dispendiosos de quarentena marítima dos diversos países europeus (OPAS, 2015).

Essa primeira Conferência, que tratou sobre a cólera, foi ratificada e entrou em vigor na Sétima Conferência Internacional Sanitária, que aconteceu em Veneza, em 1892. Após, aconteceram outras duas conferências, em Dresden (1893) e em Paris (1894), que resultaram em duas convenções adicionais relacionadas também à cólera (OPAS, 2015).

A conferência seguinte, ocorrida em Veneza (1897), aprovou uma nova convenção internacional relativa à prevenção da propagação da peste. Essas quatro convenções foram consolidadas em apenas uma Convenção Sanitária Internacional (1903) (OPAS, 2015).

Nesse período, concordou-se que deveria ser criado um escritório permanente de saúde internacional. Relata-se que as Repúblicas Americanas já haviam estabelecido a Repartição Sanitária Internacional (1902), renomeada, em momento posterior, de Repartição Sanitária Pan-Americana (OPAS, 2015).

Lima (2002) destaca que, em relação à América Latina, em razão do impacto das epidemias de cólera e febre amarela, foi realizada em Montevidéu (1873) uma convenção sanitária, que contou com

a presença de autoridades sanitárias brasileiras, argentinas e uruguaias, que determinou medidas comuns de prevenção da cólera asiática, febre amarela, peste e tifo.

Em 1887, esses mesmos países se encontraram, mais uma vez, na cidade do Rio de Janeiro, onde se estabeleceu a Convenção Sanitária do Rio de Janeiro (Lima, 2002).

Em uma reunião de representantes de diversos governos realizada em Roma (1907), tomou-se a decisão para estabelecer um escritório internacional de higiene pública (OIHP), situado em Paris, com um secretariado permanente, bem como com um comitê permanente de altos funcionários da saúde pública de governos dos Estados-Membros (OPAS, 2015).

Essa comissão teria se reunido, pela primeira vez, no final de 1908 e, posteriormente, duas vezes por ano, salvo no decorrer da Primeira Guerra Mundial (OPAS, 2015).

Nesse contexto, em razão da guerra, criou-se a Liga das Nações, a qual tinha como uma de suas tarefas se dedicar para adotar medidas de interesse internacional para a prevenção e o controle de doenças, e todas as agências internacionais existentes deveriam ser colocadas sob a sua direção (OPAS, 2015).

Acreditava-se que o escritório internacional de higiene pública (OIHP) seria incorporado na estrutura administrativa da Liga, porém, não foi o que aconteceu, uma vez que, no último momento, os Estados Unidos, que eram integrantes do OIHP, mas não da Liga, vetaram esta fusão (OPAS, 2015).

Dessa forma, no período que abrange as duas guerras mundiais, duas organizações independentes de saúde internacional coexistiram na Europa: o OIHP e a Organização de Saúde da Liga das Nações, que cooperavam mutuamente, juntamente com a Organização Sanitária Pan-Americana, atualmente denominada Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2015).

Com a deflagração da Segunda Guerra Mundial, afirma-se que o trabalho em saúde internacional quase foi totalmente paralisado (OPAS, 2015).

Nota-se que, no período seguinte ao pós-segunda guerra, teriam surgido diversas instituições de abrangência mundial, subsidiadas pelos países aliados, a exemplo da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, e do Banco Mundial, em 1944. Essas agências integravam uma estrutura de instituições internacionais, voltadas para a sustentação da nova ordem mundial pós-guerra (Matta, 2005).

O período pós-guerra impôs uma necessidade incontestável, segundo Matta (2005), e imediatamente subordinada à ONU, da constituição de ações de colaboração internacional para o cuidado e o restabelecimento das condições de saúde em populações atingidas pela guerra e para o desenvolvimento de medicamentos, procedimentos e métodos diagnósticos iniciados pelos avanços que ocorreram durante as guerras mundiais.

Em abril de 1945, durante a realização, em São Francisco, de uma conferência para a fundação da Organização das Nações Unidas, representantes do Brasil e da China propuseram o estabelecimento de uma organização internacional de saúde, bem como a convocação de uma conferência para estruturar a sua constituição (OPAS, 2015).

O Conselho Econômico e Social da ONU, em 15 de fevereiro de 1946, reiterou ao Secretário-Geral, o pedido de convocação para essa conferência. Assim, de 18 de março a abril de 1946, um comitê técnico preparatório reuniu-se em Paris, para elaborar propostas para a Constituição, que foram, posteriormente, apresentadas à Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova York, em junho de 1946 (OPAS, 2015).

A partir dessas propostas, a Conferência redigiu e aprovou a Constituição da Organização Mundial da Saúde, assinada em 22 de julho de 1946, por representantes de 51 membros da ONU, assim como de outras 10 nações (OPAS, 2015).

A Conferência estabeleceu, ademais, uma comissão temporária para realizar certas atividades de instituições de saúde então existentes, até que entrasse em vigor a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2015).

O preâmbulo e o artigo 69 da Constituição da OMS estabelecem que a OMS deveria ser uma agência especializada das Nações Unidas, e o artigo 80 afirma que a Constituição seria vigente quando 26 membros da ONU a ratificassem (OPAS, 2015).

Então, quando 26 dos 61 governos ratificaram sua assinatura, em 07 de abril de 1948, isso ocorreu, e a comissão interina permaneceu exercendo o trabalho que antes era desempenhado pela Organização de Saúde da Liga e da OIHP (OPAS, 2015).

Assevera-se que, por muito tempo, a Divisão de Saúde da Administração das Nações Unidas para Assistência e Reabilitação (UNRRA) e a comissão interina da OMS assumiram a responsabilidade pelas convenções sanitárias internacionais e pelo relatório epidemiológico internacional (OPAS, 2015).

A primeira Assembleia da Saúde foi inaugurada em Genebra, em 24 de junho de 1948, com delegações de 53 dos 55 Estados-membros, na qual se decidiu que a comissão interina deveria ser desfeita à meia-noite de 31 de agosto de 1948, para ser sucedida, imediatamente, pela OMS (OPAS, 2015).

Atualmente, integram a OMS 194 Estados, em seis regiões, com o compromisso mútuo de alcançar a melhor saúde para todos, em todos os lugares (Who, 2020), sendo considerada uma das agências mais descentralizadas das Nações Unidas, possuindo um alto grau de autonomia em relação à Genebra (Godlee, 1994a).

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi fundada com base no princípio segundo o qual a saúde constitui um direito humano e que todas as pessoas devem usufruir do mais alto padrão de saúde, entendendo-se saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (WHO, 2020).

A Organização Mundial da Saúde é uma agência internacional que exerce influência, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde ao redor do mundo. Assim, essa instituição adota como principal estratégia de atuação a cooperação técnica e científica, de maneira que consiga intervir nos sistemas nacionais de saúde (Matta, 2005).

Segundo Mattos (2001), toda agência internacional se constitui por meio de um acordo entre diversos governos nacionais, no qual se estabelece sua missão, os dispositivos de seu próprio governo e aqueles por intermédio dos quais a agência obterá os recursos financeiros e as regras fundamentais se sua atuação.

Assevera-se que todas as regras básicas que regem a atuação de uma agência internacional podem ser reinterpretadas e serem objeto de repactuação a qualquer momento pelos países que a integram (Mattos, 2001).

Tendo em vista que esses pactos são firmados politicamente entre governos com poderes políticos, militares e econômicos diversos, bem como com interesses distintos, eles expressam as relações de poder entre os diferentes governos em uma determinada conjuntura internacional, e, por isso, as estratégias de disputas pela hegemonia (Mattos, 2001).

A OMS, salvo em situações excepcionais, não intervém diretamente na prestação de cuidados de saúde ou na prevenção de doenças, uma estratégia que é adotada para evitar acusações de imperialismo e garantir que os desenvolvimentos sejam sustentáveis a longo prazo (Godlee, 1994a).

No século XX, as iniciativas internacionais de saúde foram, geralmente, implementadas pelos Estados, sujeitas à coordenação de órgãos especializados, como a Organização Mundial da Saúde (Biehl; Petryna, 2013).

Nesse sentido, a principal fonte de autoridade foi o Estado, que liderou a definição de prioridades e a alocação de recursos. Dessa forma, as políticas de cuidados de saúde internacional estavam como resultado, sujeitas às restrições usualmente impostas pela diplomacia (Biehl; Petryna, 2013).

À OMS e órgãos relacionados cabia um papel de coordenação, sendo utilizado, frequentemente, o discurso dos direitos humanos para orientar e instigar esforços (Biehl; Petryna, 2013).

Observa-se que essa dinâmica somente sofreu um pouco de alteração no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, elaborado pelas Nações Unidas, que reconheceu a saúde como um valor essencial e como um pilar de desenvolvimento (Biehl; Petryna, 2013).

Não obstante isso, aduz-se que a Organização Mundial da Saúde tem um lugar único na saúde global, em razão da sua constituição visionária, que afirma, conforme já afirmado anteriormente, uma visão social da saúde e saúde como um direito humano (Legge, 2012).

A Constituição da OMS forneceria um fórum, um recurso e um instrumento para ajudar as autoridades sanitárias nacionais a cumprirem suas responsabilidades em relação à saúde (Legge, 2012).

A unificação de várias instituições sanitárias internacionais na Organização Mundial da Saúde não teria sido tão simplória quanto à descrição histórica realizada por essa instituição (Matta, 2005).

Por exemplo, a OPAS, que já estava em funcionamento desde 1902, possuía uma organização consolidada, com estrutura e orçamento mais expressivos que a recém-estabelecida OMS. Em razão disso, a OPAS reivindicava autonomia frente à OMS, em virtude da sua capacidade institucional e técnica de sustentação (Matta, 2005).

A OMS, desde o princípio, busca a sua hegemonia na área da saúde, tanto em relação ao aspecto político quanto na construção de normas e consensos técnicos internacionais (Matta, 2005).

Inicialmente, a OMS evidiou esforços para rever os Consensos Sanitários Internacionais, com a realização da uniformização das classificações de doenças e seu potencial epidêmico (Matta, 2005).

A primeira revisão da política da OMS relacionada a sua influência sobre os países membros aconteceu em 1973, durante a 26ª Assembleia Mundial de Saúde, na qual foi apresentado um relatório elaborado pelo grupo executivo, cuja conclusão foi a de que haveria uma imensa insatisfação com os sistemas de saúde (Matta, 2005).

Diante dessa constatação, a Assembleia decidiu que a OMS deveria ser mais atuante, contribuindo com os países que a integram, por intermédio do desenvolvimento de normas práticas para os sistemas nacionais de saúde, deixando de ser mera expectadora (Matta, 2005).

Uma nova política da OMS foi lançada no ano de 1977, com o objetivo, inicialmente, de proporcionar um padrão de saúde que permitisse que todas as pessoas tivessem oportunidade de levarem uma vida social e economicamente produtiva (Matta, 2005).

Em 1978, esse projeto, que foi intitulado de “Saúde para todos no ano 2000”, foi apresentado na ocasião da Conferência de Alma-Ata, que adotou a Declaração sobre Cuidados Primários em Saúde como pedra de toque dessa política, em uma parceira realizada entre a OMS e a UNICEF (Matta, 2005).

O planejamento do projeto “Saúde para todos no ano 2000” recebeu o apoio financeiro e político de diversas instituições governamentais, privadas, não-governamentais, comunidades científicas e acadêmicas (Matta, 2005).

A OMS buscava a sua consolidação como uma organização que não somente assessorava os Estados-membros que a compunham, em uma perspectiva doença-centrada, mas também e, principalmente, intervinha e propunha políticas e estratégias sanitárias e sociais (Matta, 2005).

Não obstante a relevância da Conferência de Alma-Ata, a OMS, no decorrer dos anos 80, teria a sua influência diminuída. Para isso contribuiu, por exemplo, a atuação do Banco Mundial, que começou a destinar recursos à saúde, bem como a propor diversas reformas setoriais, enfatizando a redução do papel estatal (Matta, 2005).

Sendo assim, resulta que as ações empreendidas por outras agências internacionais atingiram a capacidade de liderança da Organização Mundial da Saúde, situando-a em uma posição política considerada instável e pouco estratégica em relação às alterações da ordem política e econômica mundiais (Matta, 2005).

3 A OMS E SEU PAPEL NA PROTEÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO INTERNACIONAL

A Organização Mundial da Saúde tem um problema de imagem. As pessoas sabem que existe, e a maioria sabe que erradicou a varíola, mas poucas têm uma ideia clara do que ela faz (Godlee, 1994a).

Há os que pensam se tratar de uma espécie de associação médica mundial, outros a veem apenas como uma fonte de relatórios médicos técnicos padrão, outros ainda como apenas mais um órgão sem rosto das Nações Unidas, onde burocratas com excesso de remuneração realizam suas carreiras (Godlee, 1994a).

Médicos no mundo em desenvolvimento respeitam a OMS por seus conselhos e apoio técnico, mas criticam o desperdício de dinheiro com salários e procedimentos burocráticos desnecessários (Godlee, 1994a).

Assim, os críticos da Organização Mundial da Saúde acusam-na de estar envolvida em burocracia e política. Não é de hoje que a Organização Mundial da Saúde enfrenta uma crise. De década em década, a natureza dessa crise pode mudar (Hawkes, 2011).

Por exemplo, a mídia acordou na OMS no ano de 1993, quando um escândalo político e financeiro parecia entrar em erupção devido à reeleição de seu então diretor geral, Dr. Hiroshi Nakajima (Godlee, 1994a).

O resultado de uma auditoria externa ficou aquém das esperanças da mídia; constatou má administração financeira e uso indevido dos fundos da organização, mas liberaram o diretor geral de qualquer envolvimento (Godlee, 1994a).

Em meio à denúncia de negociações decadentes e à repetição de histórias principalmente sem fundamento, os reais fatores que limitam a eficácia da OMS receberam pouca atenção (Godlee, 1994a).

As funções da OMS encontram-se no centro do debate acerca da necessidade de reforma, tendo em vista que ela superou uma origem marcadamente higienista para chegar a uma grande ampliação de seus domínios de atuação (Perez; Ventura, 2014).

O trabalho da OMS pode ser dividido em três grandes categorias. Primeiro, fornece informações sobre surtos e tendências de doenças e novos desenvolvimentos no diagnóstico, prevenção e tratamento e formula padrões, manuais técnicos e diretrizes (McCarthy, 2002).

Segundo, promove esforços para controlar doenças transmissíveis e não transmissíveis; tais esforços incluem programas de erradicação de doenças e vacinação em massa. E, terceiro, fornece suporte para o desenvolvimento de serviços e políticas de saúde, incluindo assistência técnica para o desenvolvimento de políticas, treinamento interno do pessoal de saúde e bolsas de estudo em viagem (McCarthy, 2002).

Criada, dessa forma, como uma agência para assessorar os governos em um momento em que os departamentos de saúde deles eram os principais impulsionadores da política e da prestação de serviços de saúde, ela parece ultrapassada ao lado de iniciantes como o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, a GAVI Alliance (anteriormente conhecida como Aliança Global para Vacinas e Imunização) e filantropias privadas, como a Fundação Bill e Melinda Gates (Hawkes, 2011).

A OMS, como agência de referência mundial em todos os assuntos de saúde pública, hoje estaria ultrapassada, subfinanciada e excessivamente politizada. Em um mundo de rápidas mudanças tecnológicas, viagens e comércio, a OMS se move com a velocidade de uma burocracia (Chow, 2010).

Seus conselhos para as autoridades de saúde são, muitas vezes, ofuscados pela necessidade de consenso. Para Chow (2010), os cargos de liderança regional são exercidos como prêmios políticos.

Subfinanciada e sobre carregada, a organização tem sido atacada por ser facilmente influenciada pelas grandes empresas farmacêuticas. Em um mundo em que fundações, ONGs e o setor privado estão transformando a saúde global, a OMS simplesmente não teria se adaptado (Chow, 2010).

Segundo Chow (2010), não se trata apenas de a OMS perder sua vantagem. Em conjunto, essas inúmeras disfunções estariam tornando a OMS cada vez mais próxima da irrelevância no mundo da saúde global.

Entre as numerosas dificuldades enfrentadas pela OMS na realização das funções, Perez e Ventura (2014) identificaram, tanto na literatura como em documentos oficiais, os cinco principais elementos da crise na organização. São eles: a erosão do seu protagonismo; a escassez e a natureza do seu financiamento; os conflitos de interesse dos especialistas, que vieram à tona durante a gestão da pandemia de gripe A (H1N1); as dificuldades de comunicação; e os problemas de governança interna.

Em relação à crise de liderança, o modelo predominante da saúde internacional, desde o princípio, foi, conforme já aduzido no capítulo anterior, o predomínio da ação dos Estados, sob a coordenação da OMS (Biehl; Petryna, 2013).

Dessa maneira, quando a OMS foi criada como uma agência técnica da ONU logo após a Segunda Guerra Mundial, os ministérios da saúde dos governos eram as autoridades globais de saúde predominantes (Chow, 2010).

O novo órgão da ONU deveria servir como um reservatório de experiência e conhecimento a serviço de países que precisavam de ajuda (Chow, 2010).

À título de ilustração, mencione-se a campanha de erradicação da varíola, proposta pela OMS, em 1959, que foi, posteriormente, reestruturada em 1967, quando esta agência aumentou o financiamento para a produção dos imunizantes em laboratórios situados nos países endêmicos, garantiu maior fiscalização na qualidade dos produtos e introduziu a vacina liofilizada e a agulha bifurcada em larga escala (Muniz, 2011).

Sendo assim, a OMS seria detentora de caráter e missão duplos: como voz moral para a saúde global e como serva de seus Estados Membros. Sua liderança política e técnica pode ajudar os países a lidar com uma série de preocupações com a saúde pública (WHO, 2011).

Ao mesmo tempo, a OMS considera-se servidora de seus Estados Membros, que se reúnem todos os anos na Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, para definir políticas para a Organização, aprovar o orçamento e os planos da Organização e, através do Conselho Executivo da Assembleia, eleger o Diretor geral a cada cinco anos (WHO, 2011).

Disso decorre que as aspirações científicas e técnicas da OMS para a saúde global são constantemente condicionadas pela multiplicidade de pontos de vista, necessidades e referências de seus Estados Membros (WHO, 2011).

A OMS tornou-se, então, essencialmente, uma consultoria de saúde para os países em desenvolvimento, fornecendo conselhos, análises e melhores práticas, embora não tenha implementado diretamente os programas de saúde. Esse foi um serviço inestimável na época. Hoje, porém, sua missão e operações permanecem praticamente inalteradas (Chow, 2010).

A estagnação da OMS é justaposta a um mundo de saúde pública que está mudando cada vez mais rapidamente do que nunca. Legiões de novos medicamentos, vacinas e diagnósticos fortaleceram a profissão médica (Chow, 2010).

Os governos não são mais os únicos administradores da saúde pública; novos jogadores estão entrando em campo, tanto públicos como privados. Por exemplo, a Fundação Bill e Melinda Gates revolucionou a saúde global, investindo US \$ 13 bilhões em subsídios à saúde, desde pesquisa em vacinas contra a malária até tratamento de tuberculose e HIV/AIDS (Chow, 2010).

Até o governo dos EUA entrou no mundo das mudanças, enfrentando fortemente o HIV/AIDS na África através de um programa de 25 bilhões de dólares, que colocou 3,2 milhões de pessoas em tratamento em apenas meia década (Chow, 2010).

O que diferencia esses esforços pioneiros da OMS é que eles são ágeis, bem financiados e menos onerados pela burocracia. É difícil compreender, nesse cenário, como a OMS poderia competir (Chow, 2010).

Aos poucos, outras agências foram surgindo no cenário internacional com políticas voltadas para a saúde, intervindo e prescrevendo diretrizes para os sistemas nacionais de saúde. O Unicef e o Banco Mundial começaram a disputar a liderança de um campo que era domínio exclusivo da OMS (Matta, 2005).

Há dois momentos fundamentais, de acordo com Matta (2005), que marcaram a entrada do Unicef e do Banco Mundial na disputa pelo domínio das estratégias mundiais de saúde. O primeiro foi o distanciamento do Unicef das propostas abrangentes do Saúde para Todos, que adotou ações isoladas através de programas de intervenção verticais para a redução da mortalidade infantil e a imunização.

Essas ações teriam recebido apoio de poderosas organizações internacionais, como o Banco Mundial, através da contratação de profissionais, capacitação de recursos humanos e fornecimento de insumos (Matta, 2005).

O segundo teria sido a divulgação do Relatório do Desenvolvimento Mundial de 1993, denominado “Investindo em saúde”. As teses expressas pelo relatório propunham ajustes econômicos estruturais, o financiamento da atenção à saúde pelo capital privado e uma crítica contundente à universalidade do acesso à saúde (Matta, 2005).

Nesta nova atmosfera, onde as organizações estão levando a saúde para suas próprias mãos, não está claro exatamente qual papel deveria ser desempenhado pela OMS (Chow, 2010).

Oferecer sua experiência não é tão simples como era antes e os maiores jogadores da saúde global não estão pedindo assistência como os governos pediram. A OMS também não pode definir

suas próprias prioridades de aconselhamento, uma vez que seu financiamento vem de doadores, principalmente governos nacionais (Chow, 2010).

Com seus recursos limitados, a OMS estaria presa em uma armadilha, apelando aos interesses dos doadores no combate a doenças específicas, como a poliomielite, o HIV/AIDS ou a malária, além de dar prioridades mais amplas à saúde. A OMS não estaria mais definindo a agenda da saúde global, mas sim lutando para acompanhá-la (Chow, 2010).

As atividades da OMS são vistas, por muitos, como díspares e descoordenadas. Elas abrangem toda a gama de problemas de saúde, desde grandes ameaças à vida, como AIDS e tuberculose, até ameaças menores, como doenças bucais (Godlee, 1994a).

Portanto, a OMS continua comprometida com o que chama de abordagem "menu completo" e tem como objetivo abranger todos os aspectos da saúde. Os críticos dizem, no entanto, que há pouca lógica em como os recursos são alocados e que as doenças do mundo desenvolvido ocupam uma quantidade desproporcional de tempo e dinheiro da OMS (Godlee, 1994a).

Segundo Legge (2012), a OMS enfrenta uma crise, que poderia ser amenizada se os Estados membros pudessesem ser persuadidos a "desatar" suas doações e dar à organização margem de manobra para controlar seu orçamento e definir prioridades, evitando que a OMS se torne cada vez mais irrelevante, com consequências desastrosas para a saúde global.

A OMS possui duas fontes diferentes de receita: uma receita regular, representada pelas contribuições dos Países-membros e membros associados, e a receita proveniente de outras fontes, representada pelas contribuições voluntárias de Países-membros e por outras fontes de doações e incentivos (Matta, 2005).

Além da erradicação da varíola e do controle da poliomielite no mundo, talvez o momento mais influente politicamente da OMS no âmbito internacional tenha ocorrido durante a realização da Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, que gerou, em 1979, a Declaração de Alma-Ata (Matta, 2005).

Alma-Ata aconteceu na gestão de Halfden Mahler, um gestor hábil e diplomático que conseguiu transmitir a necessidade de se estabelecer um pacto mundial para a saúde, juntamente com outra agência da ONU, o Unicef (Matta, 2005).

A estrutura do que seria sugerido na referida conferência foi desenhado no decorrer da 30ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, e aprovada por unanimidade pelos países membros da OMS (Matta, 2005).

Em 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, 134 países assinaram um acordo, com a presença de representações de 67 organizações internacionais e não-governamentais, o

qual tinha como objetivo atingir um nível de saúde que permitisse a todos os cidadãos do mundo, até o ano 2000, uma vida social e economicamente produtiva, sendo denominado “Saúde para Todos no Ano 2000” (Matta, 2005).

Conforme Matta (2005), nesse momento histórico para a saúde pública mundial, a OMS teria alcançado o apogeu de sua influência internacional, através da convocação dos sistemas de saúde em todo o mundo, para que redirecionassem sua política para a saúde como um direito humano, que fosse construída por políticas sociais e econômicas que capazes de reduzir a desigualdade e que permitisse a participação social.

A OMS deixou a arena puramente técnica de uma agência especializada para influenciar, diretamente, na condução das políticas sociais, impor valores, tais como o direito à saúde, participação social, equidade no acesso aos recursos e, principalmente, a adoção de políticas que visassem intervir nas desigualdades sociais e na redução do fosso entre países ricos e pobres (Matta, 2005).

Para a OMS, Alma-Ata é um ícone de sucesso e fracasso simultaneamente. Sucesso em razão de um passado influente, quando era capaz de reunir a maioria dos estados nacionais, conduzir propostas, influir no desenho dos sistemas de saúde e nas políticas econômicas e sociais (Matta, 2005).

Por outro lado, o fracasso está representado pelo fato de ser uma meta jamais alcançada, uma proposta que se pulverizou com a mesma velocidade em que surgiu, um descrédito de uma ação ambiciosa e uma data jamais cumprida (Matta, 2005).

Matta (2005) destaca, ademais, a incapacidade da OMS de gerenciar processos de negociação política e econômica internacionais e no interior dos estados nacionais e o recuo frente às pressões de grandes interesses econômicos do mundo capitalista.

Nesse período, por exemplo, a OMS começou, segundo Matta (2005), a sofrer pressões de indústrias, grupos econômicos e países membros. O primeiro desses confrontos ocorreu no final dos anos 70, quando a pressão internacional estava crescendo para parar a comercialização de substitutos do leite materno no mundo em desenvolvimento (Godlee, 1994b).

Numa reunião conjunta da OMS e Unicef elaborou-se um código internacional sobre substitutos do leite materno, que foi aprovado na Assembleia Mundial da Saúde, em 1981, por 118 votos a um. Os Estados Unidos foram o único país a se opor ao código, e o fez alegando que a OMS estava interferindo no comércio global (Godlee, 1994b).

O segundo maior confronto seguiu-se ao lançamento do programa de medicamentos essenciais da OMS, em 1977. O objetivo da OMS era estimular uma política de medicamentos mais racional, com base em uma lista de medicamentos essenciais, e, dessa forma, encorajar os países a desenvolver suas próprias habilidades para produção dos medicamentos que mais necessitam (Godlee, 1994b).

A indústria farmacêutica era fortemente contra essa iniciativa e, por isso, em 1985, em protesto ao programa de medicamentos essenciais, os EUA contiveram suas contribuições ao orçamento regular da OMS. Naquele momento, os EUA detinham 11 das 18 maiores companhias farmacêuticas (Godlee, 1994b).

Afirma-se que existem diferenças consideráveis sobre como a OMS deveria realizar seu trabalho. Um desses debates é o eterno argumento sobre se a OMS deve ser predominantemente uma agência normativa - estabelecendo padrões, desenvolvendo diretrizes e fornecendo informações que podem ser usadas por governos e agências na implementação de seus próprios programas - ou se a OMS também deve estar envolvida na própria implementação de programas (McCarthy, 2002).

Os defensores da primeira posição argumentam que o que a OMS faz melhor é reunir informações e conhecimentos e apurá-los, mas que carece de recursos e organização para implementar programas grandes e complicados na prática (McCarthy, 2002).

Tratar-se-ia não somente de uma discussão política, mas também econômica, no sentido de que se trata do uso dos recursos investidos pelos países membros na OMS e o retorno desses investimentos em termos da resolutividade de certos problemas sanitários (Matta, 2005).

A capacidade da OMS de fornecer a liderança e o impulso necessários seria comprometida por sérias deficiências orçamentárias e organizacionais, incluindo dependência de doadores, contradições na gestão de recursos humanos, descentralização excessiva e falta de responsabilidade por parte dos Estados-membros pela custódia dessa instituição global crítica (Legge, 2012).

4 CONCLUSÃO

A Organização Mundial da Saúde, desde a sua origem, tem enfrentado inúmeros desafios para se estabelecer como uma referência internacional em saúde, tanto para os seus Estados-membro, quanto para os demais países ao redor do mundo.

Trata-se de uma instituição que, constantemente, enfrenta severas crises, algumas bem duradouras, que colocam em xeque a sua impescindibilidade no contexto de proteção da saúde global.

Excesso de burocracia, influências políticas, corrupção, por exemplo, são questões que emergem do interior da OMS e se revelam para o mundo, provocando o contínuo enfraquecimento do seu discurso como autoridade sanitária legitimamente forjada para atuar no combate às epidemias, doenças e outros aspectos que influenciam diretamente na saúde da população.

Alguns alegam que seria necessário a implementação de reformas para viabilizar a subsistência da OMS no cenário internacional da saúde, uma vez que as mudanças na estruturação da saúde requerem que isso ocorra.

Ademais, a OMS necessitaria de uma mudança de comportamento dos países que a integram, que deveriam participar mais, apoiar os seus projetos e manter o seu financiamento conforme compromisso previamente assumido, mantendo distante possíveis divergências políticas e interesses particulares.

Por outro lado, há quem sustente a sua dispensabilidade, sob o argumento de que se trata de uma instituição ultrapassada, que não conseguiu acompanhar as mudanças ocorridas ao longo do tempo, extremamente burocrática e que perdeu o seu espaço na proteção da saúde.

Outras instituições, mais modernas e que contam, principalmente, com um expressivo financiamento, conseguem desenvolver com maior eficiência projetos na área da saúde em diversos lugares do mundo.

Infere-se que a OMS vivenciou uma época de apogeu, na qual atuou como defensora da política de saúde, exercia uma liderança hegemônica em relação a esta e as suas orientações eram consideradas, portanto, de extrema relevância para os governos nacionais.

Entretanto, o que se tem observado é um progressivo declínio da OMS, que continua exercendo um importante trabalho, mas com recursos reduzidos e sem considerável apoio político e financeiro, não conseguindo propor iniciativas convincentes de enfrentamento às ameaças à saúde, indicando que ainda precisará passar por mudanças capazes de possibilitar a sua sobrevivência.

REFERÊNCIAS

- BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Critical global health. In: BIEHL, João; PETRYNA, Adriana (orgs.). **When people come first** – critical studies in global health. Princeton: Princeton University Press. p. 1-22. 2013. Disponível em: <<http://joaobiehl.net/wp-content/uploads/2009/07/Critical-Global-Health.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2020.
- CHOW, Jack C. Is the WHO Becoming Irrelevant? **Foreign Policy**. 2010. Disponível em: <http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/12/08/is_the_who_becoming_irrelevant>. Acesso em: 24 jul. 2020.
- GODLEE, Fiona. 1994a. The World Health Organization: WHO in crisis. **British Medical Journal**, London, n. 309, p. 1424-29, 1994.
- _____. 1994b. WHO in retreat: is it losing its influence? **British Medical Journal**, London, n. 6967, p. 1491-1495. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541606/pdf/bmj00468-0043.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2020.
- HAWKES, Nigel. "Irrelevant" WHO outpaced by younger rivals. **British Medical Journal**, n. 343. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.d5012>>. Acesso em: 24 jul. 2020.
- LEGGE, David. Future of WHO hangs in the balance. **British Medical Journal**, n. 345. 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e6877>>. Acesso em: 25 jul. 2020.
- LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 24-116. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7512>>. Acesso em: 23 jul. 2020.
- MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 371-396, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2020.
- MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2020.
- MCCARTHY, Michael. What's going on at the World Health Organization? **The Lancet**, v. 360, n. 9.340, 2002. Disponível em: <www.thelancet.com/journals/lancet/section?volume=360&issue=9340§ion=Special+Report>. Acesso em: 23 jul. 2020.
- MUNIZ, Érico Silva. Memórias da erradicação da varíola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 699-701, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a34.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

OPAS. **Portifólio OPAS/OMS**. 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/portifolio_2015_web_final.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

PEREZ, Fernanda Aguilar; VENTURA, Deisy. Crise e reforma da Organização Mundial da Saúde. **Lua nova**, São Paulo, 92, p. 45-77, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ln/n92/a03n92.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

VERONELLI, Juan Carlos; TESTA, Analía. **La OPS em Argentina**: crónica de una relación centenaria. Buenos Aires: Opas, 2002. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51709>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

WHO. 1958. **The first ten years of the world health organization**. Genebra. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37089/a38153_eng_LR_part1.pdf?sequence=14&isAllowed=y>. Acesso em: 24 jul. 2020.

WHO. 2011. **A64/10** – Report of the review committee on the functioning of the international health regulations (2005) in relation to pandemic (H1N1) 2009. Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/ihr/preview_report_review_committee_mar2011_en.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

WHO. 2020. **World Health Organization**. Disponível em: <<https://www.who.int/>>. Acesso em: 23 jul. 2020.