

Escola de Sociologia e Políticas Públicas (ESPP)

“O panlateralismo e a governação global da saúde: a influência de actores não-estatais no *agenda-setting* e *agenda-reinforcing* da OMS”

Gregório Henrique Dias Sousa de Matos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Políticas Públicas

Orientador:

Doutor Helge Jörgens, Professor Auxiliar,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

AGRADECIMENTOS

Concluir um Mestrado em Políticas Públicas é não apenas uma honra em termos académicos ou científicos, mas também um privilégio do ponto de vista democrático, republicano, cidadão e humano. A formação generalista nesta área proporciona um entendimento aprofundado bem como um ferramental tanto teórico quanto prático em torno da formulação, implementação, gestão e análise das políticas públicas das quais tanto somos alvo e para as quais sempre podemos (e devemos) propor melhorias e avanços em contextos locais, nacionais ou internacionais. Sem exceção, seu impacto incide e permeia as vidas de todos os indivíduos desta teia cada vez mais global de cidadãos de modo que sua relevância extrapola e muito os próprios limites do setor público e das fronteiras nacionais. Se a minha formação como internacionalista acentuou minha capacidade de questionar, a condição de Mestre em Políticas Públicas certamente aguçará meu ímpeto em analisar e propor.

Agradeço, neste sentido, ao corpo docente da Escola de Sociologia e Políticas Públicas (ESPP) do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), a todos os colegas que tive e aos bons amigos que fiz nesta trajetória. Agradeço em especial ao Professor Helge Jörgens que não só apoiou o desenvolvimento do projeto da pesquisa em preparação à elaboração deste trabalho, mas também atuou como orientador desta dissertação de Mestrado.

Agradeço também à minha família, sem a qual esta experiência de vida em Portugal não teria sido possível. Agradeço, por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para a minha conclusão do Mestrado em Políticas Públicas no ISCTE-IUL.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem, nas últimas décadas, apresentando uma tendência organizacional de crescente diversificação das suas fontes de financiamento, de intensa aproximação junto a actores não-estatais e de consequentes desequilíbrios nas proporções de recursos compulsórios vs. voluntários e “core” (flexíveis) vs. “earmarked” (com destinação pré-definida e, portanto, inflexíveis) compondo seus orçamentos. Iniciativas recentes derivadas de ímpetus reformistas, como o *Financing Dialogue* e o *Framework for Engagement with non-State Actors (FENSA)*, acabam por regulamentar e legitimar um movimento que apresenta paralelos em outras agências especializadas e órgãos do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU). Diante de evidentes interferências exógenas provenientes de seus doadores, o presente trabalho qualitativo tem a intenção de investigar de que forma as recentes mudanças nas práticas de financiamento da OMS, bem como as iniciativas do *Financing Dialogue* e do *FENSA*, redefinem as dinâmicas de *agenda-setting* e *agenda-reinforcing* desta organização internacional responsável por dirigir e coordenar a agenda da saúde pública global e, através disto, sua própria natureza multilateral. O estabelecimento de uma relação causal entre as tendências observadas de fluxos financeiros externos e o agendamento interno de prioridades na OMS constitui o objetivo central desta dissertação, cuja análise documental baseia-se em dados empíricos de fontes tanto primárias quanto secundárias. Os estudos de caso selecionados focam as relações estabelecidas entre a OMS e a Fundação Bill & Melinda Gates, quanto à priorização de iniciativas para erradicação da poliomielite, e a Bloomberg Philanthropies, a respeito da prevenção de doenças não-transmissíveis e acidentes (rodoviários e afogamentos).

Palavras-chave: políticas públicas internacionais, saúde pública global, Organização Mundial da Saúde, orçamento, governação democrática, *agenda-setting*, *agenda-reinforcing*, actores não-estatais, panlateralismo, *Financing Dialogue*, *FENSA*, Fundação Bill & Melinda Gates, Bloomberg Philanthropies.

ABSTRACT

In the past few decades, the World Health Organization (WHO) has been presenting an organizational trend of increasing diversification of funding sources, intense proximity to non-State actors and consequent unbalances regarding the proportions of compulsory vs. voluntary and “core” (flexible) vs. “earmarked” (with predefined destination and, therefore, inflexible) resources composing its budget. Recent initiatives derived from reformist impulses, such as the *Financing Dialogue* and the *Framework for Engagement with non-State Actors (FENSA)*, regulate and legitimize a movement that has parallels with other specialized agencies and entities of the United Nations (UN) system. In face of evident exogenous interferences from specific donor organizations, the present qualitative work has the intention of investigating in what ways the recent changes in WHO’s financing practices, as well as the initiatives known as *Financing Dialogue* and *FENSA*, redefine the agenda-setting and agenda-reinforcing dynamics within this international organization responsible for leading and coordinating the global public health agenda and, though that, its own multilateral nature. The establishment of a causal link between the observed external financial flow trends and the internal definition of priorities within the WHO constitutes the main objective of this dissertation, which desk review is based on empirical data from both primary and secondary sources. The selected case studies focus on the established relationships between the WHO and the Bill & Melinda Gates Foundation, regarding the prioritization of initiatives that address poliomyelitis eradication, and the Bloomberg Philanthropies, concerning the prevention of non-communicable diseases as well as accidents (road safety and drowning).

Keywords: international public policies, global public health, World Health Organization, budget, democratic governance, agenda-setting, agenda-reinforcing, non-state actors, panlateralism, *Financing Dialogue*, *FENSA*, Bill & Melinda Gates Foundation, Bloomberg Philanthropies.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Enquadramento e contexto.....	1
1.2 Definição da pergunta de pesquisa e objetivos	6
1.3 Revisão da literatura	7
1.4 Plano de investigação e métodos.....	13
1.4.1 O modelo de análise.....	14
1.4.2 O desenho da pesquisa	17
2. O APROFUNDAMENTO SISTEMÁTICO DA RELAÇÃO DA OMS COM ACTORES NÃO-ESTATAIS	20
2.1 O <i>Financing Dialogue</i>	20
2.2 O <i>FENSA</i>	24
2.3 A OMS como OI panlateral.....	27
3. O CASO DA BMGF E O INVESTIMENTO NA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE	35
3.1 A ambição pela oportunidade de erradicação da doença	35
3.2 A aproximação entre a OMS e a BMGF.....	36
3.3 A área programática da erradicação da pólio (<i>GPEI</i>) na OMS.....	41
4. O CASO DA BLOOMBERG PHILANTHROPIES E O FINANCIAMENTO PARA ELABORAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE RELATÓRIOS TEMÁTICOS	44
4.1 A relação da OMS com a Bloomberg Philanthropies	44
4.2 A publicação de relatórios pela OMS com financiamento / patrocínio da Bloomberg Philanthropies	46
4.2.1 Prevenção de afogamentos.....	46
4.2.2 Prevenção de acidentes rodoviários	48
4.2.3 Combate ao tabagismo	49
5. CONCLUSÃO	52
5.1 Perspetivas políticas.....	52
5.2 Recomendações	56
BIBLIOGRAFIA	58

ÍNDICE DE QUADROS

2.1 Distribuição dos 20 maiores financiadores do orçamento bianual da OMS por tipo de organização, 2016-2017 vs. 2018-2019.....	29
2.2 Distribuição das fontes de financiamento da OMS por categoria, 2016-2017 vs. 2018-2019.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

1.1	Tendência de contribuições compulsórias e voluntárias para o orçamento bianual da OMS, 1998-2019 (em milhões de US\$).....	2
1.2	Os 20 maiores financiadores do orçamento bianual da OMS por categoria dos recursos, 2016-2017 (em milhões de US\$).....	3

GLOSSÁRIO DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AMS – Assembleia Mundial da Saúde

BMGF – Fundação Bill & Melinda Gates

CDC – *US Centers for Disease Control and Prevention*

CSR – *Corporate Social Responsibility*

DG – Diretor(a)-Geral

EUA – Estados Unidos da América

FCTC – *Framework Convention on Tobacco Control*

FENSA – *Framework of Engagement with non-State Actors*

FMI – Fundo Monetário Internacional

Fundo Global – *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*

G20 – Grupo dos 20, fórum dos chefes de Estado/governo das 20 maiores economias globais

Gavi – *The Gavi Alliance (formerly the Global Alliance for Vaccines and Immunisation)*

GPEI – *Global Polio Eradication Initiative*

GPW13 – *13th General Programme of Work*

IATI - *International Aid Transparency Initiative*

IFPMA – *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations*

ILS – *International Live Saving Federation*

JHSPH – *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OI – Organização Internacional

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PPP – Parceria público-privada

TFI – *Tobacco Free Initiative*

UN – *United Nations*

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Union – *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*

WHO – *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

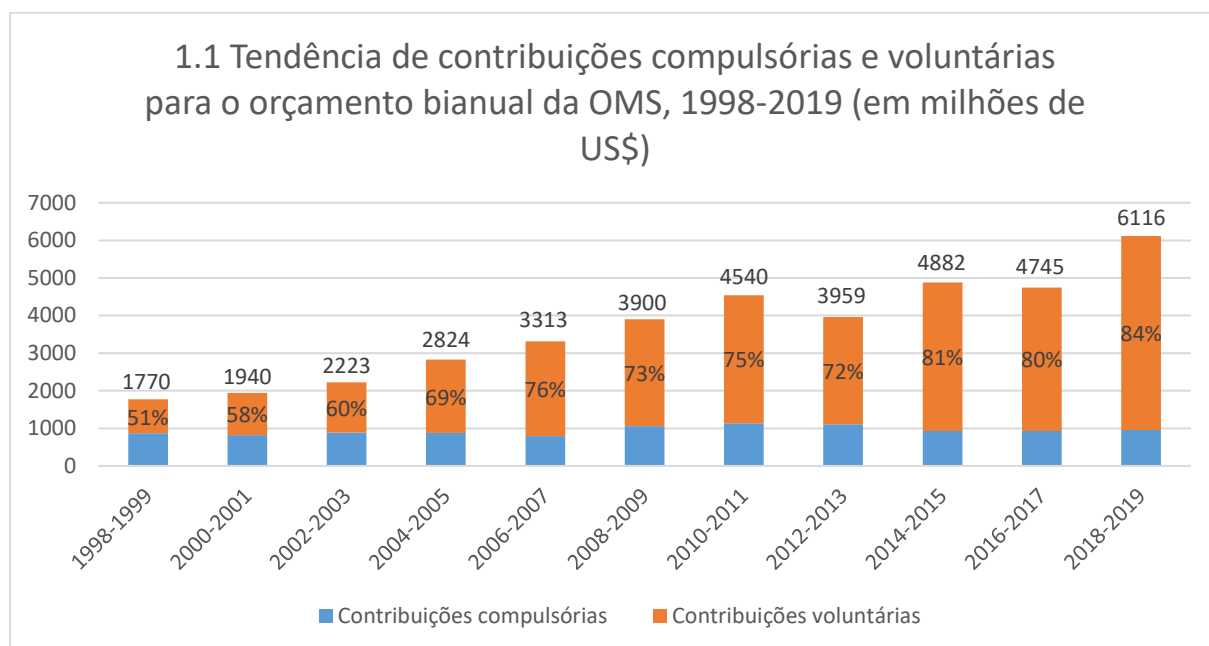
1.1 Enquadramento e contexto

A Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU) responsável por dirigir e coordenar ações, iniciativas e programas na área da saúde pública global, vem apresentando, nos últimos 20 anos, uma evolução organizacional muito particular, marcada por esforços de reforma interna e de inovação quanto à captação de recursos financeiros para a devida implementação das decisões tomadas em seu âmbito e de políticas internacionais concebidas e agendadas numa atmosfera pretensamente intergovernamental. Fundada em 1948 e composta hoje por 194 Estados-membros que participam anualmente da Assembleia Mundial da Saúde (AMS), facto é que a OMS representa há mais de 70 anos uma das mais renomadas e importantes organizações internacionais (OIs) multilaterais não apenas do sistema ONU, mas de todo o arranjo institucional montado a partir do sistema internacional do pós-Segunda Guerra Mundial (WHO, 2018a).

Nos últimos anos, porém, ficou muito evidente que décadas de “doutrina de crescimento zero” das contribuições financeiras compulsórias por parte dos seus Estados-membros acabaram por gerar um subfinanciamento crônico na estrutura organizacional da OMS, acarretando numa perda gradual da sua sustentabilidade financeira, de sua capacidade de exercer plenamente seu mandato constitucional e de responder adequadamente aos desafios de saúde no século XXI (Adams & Martens, 2015: 59-72; Vaughan, 1996: 229-245). Numa tendência institucional que também apresenta paralelo em outras agências da ONU, a OMS vem crescentemente diversificando as fontes de financiamento para a composição de seus orçamentos bianuais (Graham, 2016: 365-390). Para além do dinheiro dos habituais Estados-membros, a OI em questão passou a estreitar relações e a contar cada vez mais com contribuições voluntárias de actores não-estatais tais como entidades filantrópicas, corporações privadas (com destaque para a indústria farmacêutica), bancos de desenvolvimento, parcerias público-privadas (PPPs), organizações não-governamentais (ONGs) da sociedade civil, fundos verticais, instituições académicas, governos locais, assim como outras agências da ONU. Até mesmo indivíduos, em vida ou por meio de seus testamentos, têm a plena possibilidade de doar diretamente para a OMS (WHO, 2018b).

Como ilustra o gráfico abaixo, se no biênio 1998-1999 a OMS sustentava padrões de contribuições financeiras compulsórias e voluntárias (estas também provenientes de Estados-membros) que ainda seguiam uma lógica proporcional, o mais recente orçamento realizado

(2016-2017) indica que apenas 20% dos recursos vieram compulsoriamente dos países que a integram, enquanto vultosos 80% reúnem financiamentos que apresentam caráter voluntário, seja de actores estatais ou não-estatais. Neste período, na mesma medida em que o orçamento da OMS cresceu na ordem de 3,4 vezes, superando a cifra de US\$6,1 mil milhões ao longo do biénio 2018-2019, ele também sofreu enormes alterações no que diz respeito às fontes e destinos dos recursos angariados.

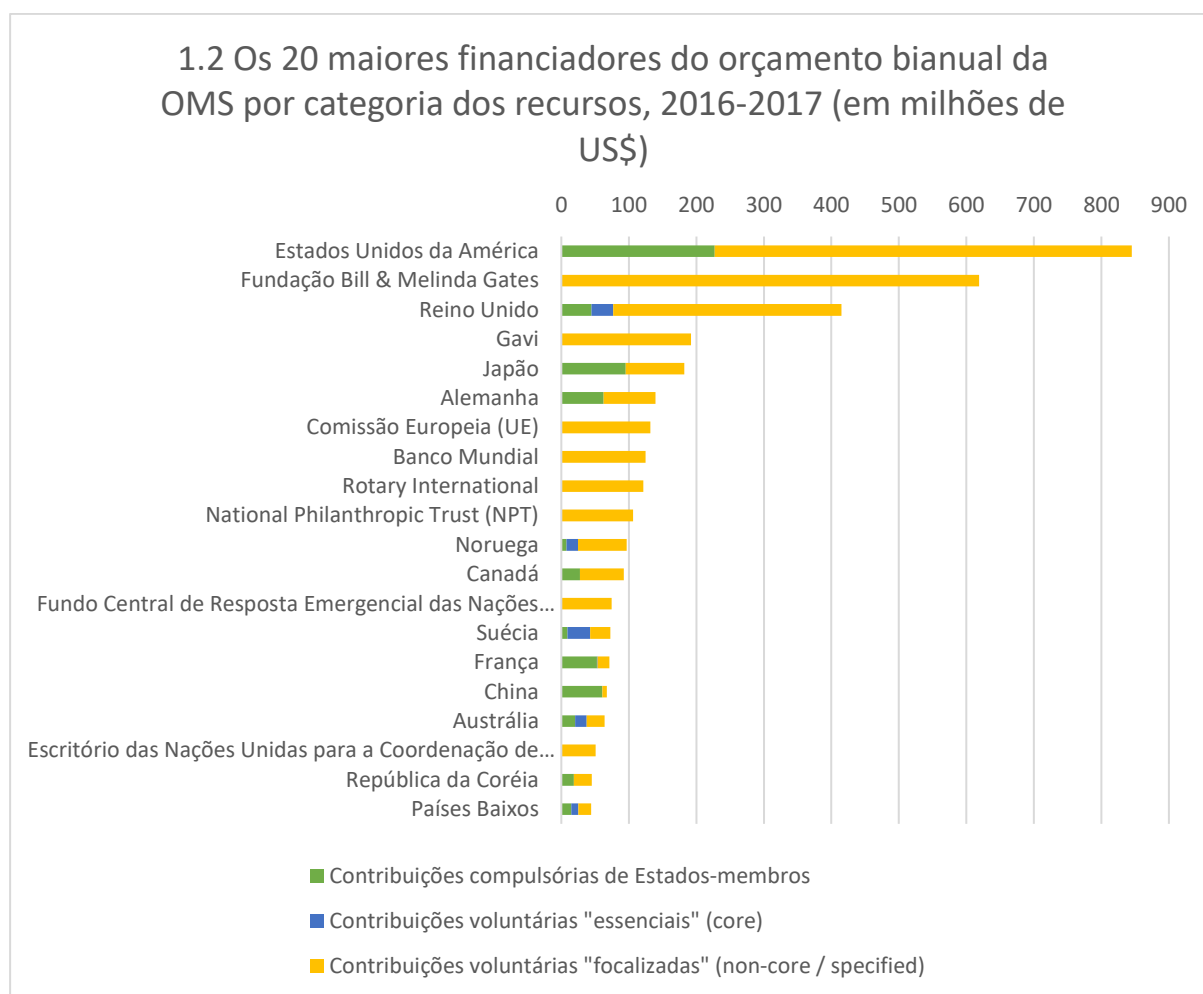


Fontes: Adams, B. & Martens, J. (2015: 60-61); WHO (2018b; 2018c: 4-8)

Dessa fatia maior de 80%, por exemplo, apenas 4% são montantes categorizados como “core”, ou seja, essenciais para a OMS na medida em que são caracterizados por uma ampla flexibilidade no seu uso – podem servir para investimentos em áreas programáticas notadamente transversais, como estruturação de sistemas públicos de saúde ou o Programa de Emergências em Saúde da OMS. Já os restantes 76% dizem respeito a doações identificadas como “specified” ou “earmarked”, que são a priori vinculados a programas determinados por seus desembolsadores e têm uma destinação predefinida, inflexível e focalizada, limitando a margem de alocação e investimento por parte da OMS (WHO, 2018c: 4-8). Este claro desequilíbrio vem se acentuando a cada novo orçamento aprovado.

Outra situação digna de atenção neste novo panorama que se delineia e desenvolve na OMS tem a ver com seus maiores financiadores. Numa rápida análise, é intrigante constatar que pouco mais de 78% de todos os recursos mobilizados no biénio passado são originários de um seletor grupo de apenas 20 entidades, entre eles 12 Estados-membros, duas entidades

filantrópicas, duas agências da ONU, um banco de desenvolvimento, uma instituição supranacional, uma ONG e uma PPP. A Fundação Bill & Melinda Gates (BMGF), maior entidade filantrópica do mundo com um patrimônio estimado em US\$46,8 mil milhões, é por exemplo a segunda maior doadora geral da OMS logo atrás dos Estados Unidos da América (EUA), tendo sido a provedora de 13,6% do seu orçamento, sem contar com financiamentos indiretos via Gavi, PATH e UN Foundation, também beneficiárias da entidade criada pelo fundador da Microsoft, Bill Gates (Gates Foundation, 2018a; Goetz & Patz, 2017: 7).



Fontes: WHO (2018b; 2018c: 5)

Ao reconhecer formalmente que seus provedores tradicionais, nomeadamente seus 194 Estados-membros, já enfrentam suas próprias pressões orçamentais domésticas, a OMS ambiciona intencionalmente há quase duas décadas a atração de novas fontes de financiamento, prioritariamente de economias emergentes, fundações e entidades do setor privado comercial, desde que isso retoricamente não venha a comprometer sua independência e não acentue sua fragmentação organizacional. Portanto, em paralelo às recentes dinâmicas

estruturais supramencionadas, que já eram explicitamente evocadas em 2010, outras duas frentes de ação deliberadas e democraticamente aprovadas acabam por institucionalizar e ampliar ainda mais o processo de aprofundamento do diálogo da OMS com actores não-estatais com o viés de complementação ou suplementação orçamental (WHO, 2010: 7).

Por um lado, o *Financing Dialogue* surgiu em 2013 como a principal bandeira da proposta de reforma institucional iniciada pela organização no início da presente década e, de alguma maneira, formaliza a intenção da OI de estabelecer um maior alinhamento de expectativas em torno da flexibilidade e completude do orçamento bianual estabelecido, tanto em termos gerais quanto em termos das áreas subfinanciadas. Questões como previsibilidade – o novo modelo de orçamento estipula metas desejáveis de valores a serem alcançados ao longo dos dois anos de vigência do orçamento ao invés de considerar os recursos já existentes ou obtidos em caixa –, transparência – foi lançado um portal virtual contendo dados orçamentais com muita granularidade e atualidade –, e redução da vulnerabilidade da OMS, por meio de diversificação cada vez maior das fontes de financiamento, constituem os princípios norteadores da iniciativa (WHO, 2015a). Por força de sua implementação, já foi aprovado, por exemplo, um aumento de 3% nas contribuições compulsórias de países a partir do biênio 2018-2019 (totalizando precisamente US\$28 milhões adicionais na comparação com o biênio anterior), ainda que originalmente a proposta da Directoria-geral da OMS tenha sido de um acréscimo de 10% (WHO, 2016a: 4). É de se notar que não havia incremento de contribuições compulsórias no orçamento da OMS desde o biênio 2006-2007.

Simultaneamente, a resolução conhecida como *Framework of Engagement with non-State Actors (FENSA)*, aprovada durante a 69ª AMS com alguma controvérsia, enfim oficializa e regulamenta a cada vez mais intensa interação e colaboração da OMS com actores não-estatais a partir de 2018, prevendo que a organização possa “proteger seu trabalho contra riscos potenciais tais como conflito de interesse, riscos de reputação e influência indevida” na relação com entidades externas (WHO, 2018d: 7). O novo enquadramento, sem precedentes no sistema ONU, a partir de premissas legais e éticas, estipula que actores não-estatais devam registrar-se numa plataforma eletrónica da OMS cujos critérios e princípios para aprovação foram negociados e consensualmente acordados no âmbito da AMS de 2016. O *FENSA* não só reconhece a crescente relevância e influência de entidades filantrópicas e do setor corporativo privado na agenda da saúde global e na própria arquitetura institucional de tomada de decisão da OMS, como é o notável resultado da demanda e pressão de países e de organizações da sociedade civil por maiores transparência, salvaguarda e *accountability* em

torno de uma agenda política que é alvo de constante interesse público e revestida de recursos milionários (Adams & Martens, 2015: 69-72).

Pode-se argumentar ainda que as próprias e já tradicionais presenças e possibilidade estendida de participação por parte de actores não-estatais durante as AMSs realizadas em Genebra, na Suíça, – incluindo aí organizações como a Cruz Vermelha, Caritas, Médicos Sem Fronteiras, OXFAM e a *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (IFPMA)*, que reúne gigantes farmacêuticas como GSK, Novartis, Pfizer, Sanofi, Johnson & Johnson, Roche, Merck, Bayer, Eli Lilly, AstraZeneca, e Takeda – problematizam ainda mais a noção estrita de multilateralismo, intergovernamentalismo e de governação democrática da OMS na medida em que é admitida e historicamente institucionalizada a interferência destes tipos de entidades na principal reunião anual e fórum deliberativo da OI (WHO, 2017a: 69-101). Para dizer o mínimo, o tradicional protagonismo estatal vem sendo relativizado ano após ano na OMS.

Dois exemplos práticos, recentes e bem documentados a serem explorados na presente investigação, que dizem respeito à reiterada influência e interferência de actores não-estatais no exercício da governação na agenda da saúde no âmbito da OMS, focarão as interações da OI com a BMGF e com a Bloomberg Philanthropies. Enquanto a primeira fez questão de destinar 64,5% dos US\$618,6 milhões doados entre 2016-2017 inflexivelmente para a erradicação da poliomielite – muito próxima de ser a segunda doença erradicada pela humanidade por meio da vacinação –, em detrimento de outras prioridades programáticas da OMS, a Bloomberg Philanthropies, entidade filantrópica fundada pelo ex-prefeito de Nova York, tornou-se uma parceira cofinanciadora frequente da OI na publicação de relatórios sobre questões reconhecidamente graves de saúde pública tais como a prevenção de afogamentos e de acidentes rodoviários, além do combate ao tabagismo. Todos temas pertinentes e relevantes, em linha com os maiores indicadores mundiais de mortalidade humana, cujas referidas publicações apresentam conteúdos atualizados e tecnicamente apurados, com recomendações de boas práticas e evidências das melhores políticas públicas a serem implementadas por países. Todavia, o patrocínio aberto desta entidade filantrópica aplicado a estes documentos evidencia porventura uma tendência de *agenda-setting* ou *agenda-reinforcing* por parte deste actor externo à OMS, ao ponto de Michael R. Bloomberg ter sido nomeado Embaixador Global da OMS para Doenças Não-Transmissíveis (crónicas) em carácter honorário – ou seja, sem direito a remuneração ou compensação por eventuais despesas –, em agosto de 2016 (WHO, 2016b). Tal título foi renovado por um período

adicional de dois anos pelo atual Diretor-Geral (DG) da OMS, o etíope Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, em setembro de 2018 (WHO, 2018e).

1.2 Definição da pergunta de pesquisa e objetivos

A partir da abordagem acima proposta e da contextualização de uma realidade cujo desenvolvimento ainda se encontra em curso, a investigação da presente dissertação de mestrado partirá da seguinte pergunta de pesquisa: De que forma as recentes mudanças nas práticas de financiamento da OMS, bem como as iniciativas do *Financing Dialogue* e do *FENSA*, redefinem as dinâmicas de *agenda-setting* e *agenda-reinforcing* desta organização internacional responsável por dirigir e coordenar a agenda de saúde pública global e, através disto, a sua própria natureza multilateral? Cabe esclarecer antecipadamente que os elementos e conceitos incluídos nesta formulação serão devidamente concretizados/materializados mais adiante, sobretudo ao longo das subsecções 2.1, 2.2 e 2.3, de modo a evitar que a pergunta de pesquisa soe vaga ou descontextualizada.

A importância do tema escolhido para a disciplina de Políticas Públicas, em geral, e o interesse que suscita para o campo da política internacional de saúde, em particular, reside em alguns factos: 1) a OMS representa a principal autoridade internacional para a agenda da saúde, sendo responsável pela implementação e coordenação de políticas públicas internacionais nesta área a partir do mandato estabelecido pela sua Constituição e pelos seus Estados-membros; 2) a saúde constitui um dos principais tópicos da governação global; 3) tendo em consideração os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela ONU, abrangendo o período 2015-2030, políticas públicas internacionais são de uma relevância bastante expressiva na agenda pública contemporaneamente; 4) as mudanças organizacionais observadas afetam não só a OMS isoladamente, mas o sistema ONU como um todo na medida em que tendências semelhantes que envolvem a interação de outras agências e organismos com actores não-estatais apresentam um impacto ainda maior; 5) uma gama muito alargada de actores não-estatais têm cada vez mais povoado a arquitetura institucional das agendas de saúde e desenvolvimento internacionais (Moran, 2018: 408; Moran, 2014: vii; Ravishankar *et al.*, 2009: 2113-2124; Taylor, 2002, p. 976-977; Kickbusch & Quick, 1998: 68-74; Walt, 1998: 434-437; Buse & Walt, 2000: 549-561); 6) um orçamento bianual de 4,5 mil milhões de dólares abrangendo projetos, programas e iniciativas que interferem na saúde de toda a população mundial está longe de ser algo trivial neste contexto; 7) trata-se de um tema extremamente atual situado justamente na intersecção entre as áreas de Política Internacional, Relações Internacionais e Políticas Públicas. Convém reforçar que esta

dissertação de mestrado tem a pretensão de ir além da mera contextualização descritiva, superficial e factual das recentes mudanças organizacionais da OMS sendo processadas no âmbito das suas práticas de financiamento e sua consequente reverberação no exercício de sua governação (Graham, 2017: 15-25).

Quanto aos objetivos da pesquisa aqui proposta, o principal e mais amplo deles diz respeito à crescente privatização da mobilização de recursos da OMS e seu impacto no agendamento de projetos e programas por parte desta organização. O estabelecimento de uma relação causal entre a transformação recente dos padrões de financiamento da OMS (variável independente) e suas dinâmicas de *agenda-setting* e *agenda-reinforcing* (variável dependente) será, portanto, o foco do trabalho. Será dada especial atenção aos efeitos das aproximações institucionais e da intensificação de fluxos entre actores externos e esta OI em particular nas práticas internas de reforço ou inclusão de temas a serem priorizados na elaboração de políticas públicas internacionais, com repercussões na governação global de saúde.

Paralelamente, e apenas para fins de contextualização, também será abordado o impacto da transformação da cooperação multilateral da OMS em uma cooperação panlateral, caracterizada genericamente pela larga assimilação de actores não-estatais em ambientes e processos pretensamente intergovernamentais. Ao analisar esta tendência de mudança organizacional, um objetivo acessório seria o de inaugurar um conceito de política internacional baseado na operacionalização de termos já difundidos, a serem mais bem explorados na secção 1.4.1. Há, portanto, a manifesta intenção de cunhar o conceito abrangente, até então inexplorado, de *panlateralismo* na literatura de Ciência Política e Relações Internacionais, contribuindo pontualmente assim para estas e outras áreas de pesquisa correlatas. Para que fique claro, as mudanças observadas na estruturação dos orçamentos de OIs contemporaneamente (caracterizadas por origens de recursos provenientes de fontes não-estatais) seriam percebidas, portanto, como um reflexo, uma manifestação empírica e um elemento importante do conceito de panlateralismo. Dentro da proposta de pesquisa supramencionada, buscarei ainda apontar para possíveis soluções políticas na direção do resgate do sentido de propriedade da OMS por parte dos seus Estados-membros, ainda que o financiamento possa continuar a vir de variadas fontes, privadas e/ou não-estatais.

1.3 Revisão da literatura

Em linha com a abordagem proposta, uma revisão objetiva de relatórios, livros, artigos e estudos publicados na área em que a questão foi abordada revela a identificação de tendências de enfraquecimento institucional, fragmentação e vulnerabilidades por parte da OMS, assim

como o crescente engessamento da OI por conta de uma evidente dependência financeira, distorção do seu mandato e potencial apropriação privada do propósito do seu trabalho. Segundo Adams & Martens (2015: 59), fica claro que “nas últimas décadas, a OMS perdeu relevância política em decorrência de novos actores na arena da saúde global”, tendo sua autoridade internacional notadamente deteriorada. Numa perspectiva mais ampla, Seitz & Martens (2017: 46) corroboram a ideia de que esta realidade extrapola as paredes da OMS e notam que “as Nações Unidas estão embarcando em uma nova era de multilateralismo seletivo, caracterizada por impasses na política intergovernamental e uma crescente dependência em soluções lideradas por corporações para problemas globais”. Autores também chamam atenção para a gravidade da situação ao observarem que o “financiamento privado gera o risco de tornar as agências, fundos e programas da ONU em meros executores de projetos bilaterais ou público-privados, erodindo o caráter multilateral do sistema e minando governação global democrática” (Seitz & Martens, 2017: 48). Sustentam ainda que “a OMS se tornou por definição um reflexo das específicas e variadas prioridades de financiamento dos seus doadores” (Lee & Pang, 2014: 120). Há consenso suficiente, por outro lado, em reconhecer que “a OMS é o único actor no sistema de saúde global que é construído sobre a adesão universal de todos os Estados-nação soberanos reconhecidos [...] e por isso é central para o sistema” (Frenk & Moon, 2013: 937).

Apesar de representar um fenómeno novo e porventura negligenciado por boa parte dos veículos de comunicação social, há atenção pública e posicionamentos críticos significativos pairando sobre a questão. De acordo com Pas & Schaik (2014: 198), por exemplo, “organizações da sociedade civil expressaram uma preocupação compartilhada no sentido de que o *Financing Dialogue* possa institucionalizar ainda mais a dependência de doadores da OMS”, fazendo com que práticas de financiamento se materializem em regras internas alterando o desenho institucional desta OI (Graham, 2016: 366-367). Sobre os desequilíbrios apontados na estrutura orçamental da OMS, reconhece-se que “a divisão 80/20 deteriora a eficácia e a flexibilidade da organização em responder às voláteis ameaças de saúde” (Gostin *et al.*, 2015: 859); e que “fazer com que financiamento de caráter voluntário represente um montante tão desproporcional no orçamento total da agência é insustentável para qualquer organização” (Clinton & Sridhar, 2017: 185). Segundo Kamal-Yanni & Saunders (2015):

“The overwhelming majority of the funds come from member states and foundations. These are linked to earmarked projects that coincide with their particular

health interests and mandates. WHO has become increasingly dependent on tied funds so that much of the directors' time is spent on fundraising and reporting to donors."

A propósito das condições restritivas de contribuições financeiras *earmarked*, “fica evidente que quanto mais uma OI depende de recursos voluntários, mais ela vai ajustar suas práticas de recrutamento para reduzir a proporção de pessoal com contratos permanentes”, revelando um impacto bastante sensível sobre a gestão de recursos humanos, muitas vezes impercetível nesta dinâmica (Ege & Bauer, 2017: 75-76). A respeito de potenciais soluções para o problema apresentado, a literatura existente aponta que seria preciso “repelir interesses escusos do âmbito da OMS e reconduzir poderes aos entes democráticos e politicamente constituídos: os Estados-membros” (Adams & Martens, 2015: 72).

Alguns trabalhos ainda não questionam ou problematizam o conceito central de multilateralismo e/ou intergovernamentalismo como modalidade organizacional tradicional da OMS, enquanto outros colocam precisamente isto em causa. Este é o caso, por exemplo, de Zadek (2008: 187) ao constatar o declínio da efetividade das Nações Unidas e observar que “*an era of globalization, international development, and multilateralism as practiced for over half a century is over, for both the better and worse. [...] a fracturing, perhaps fatally, of an inherited twentieth-century multilateralism and associated institutional arrangements*”. É exatamente para este segundo grupo de literatura que a presente dissertação de mestrado pretende contribuir com uma abordagem que buscará aprofundar ainda mais a discussão e capturar com maior precisão as dinâmicas relacionadas às fontes de financiamento e interferências de actores externos na OMS e na política internacional em torno da agenda de saúde. Ao observar e incluir desenvolvimentos ou iniciativas organizacionais recentes como o *FENSA* e o *Financing Dialogue*, esta pesquisa partirá do pressuposto de que há algo mais estrutural, perene e sistemático sendo operado de forma deliberada dentro da OMS no sentido do enraizamento de relações institucionais mais duradouras, de interferência sobre a estruturação de orçamentos bianuais e de influência direta na governação exercida por esta agência da ONU contemporaneamente.

A partir da seleção e análise dessas e de outras referências bibliográficas, é transversal o diagnóstico da perda sistemática de autonomia por parte de OIs intergovernamentais em geral e, por parte da OMS, em particular, diante desta nova realidade que se impõe. Esta questão, por sua vez, se insere num debate mais amplo e genérico sobre a transformação contemporânea do multilateralismo e a paralela emergência de conceitos centrais como o de “*new philanthropy*”, “*global philanthropy*” ou ainda de “*filantrocapitalismo*”, de extrema

relevância neste contexto na medida em que são entidades filantrópicas estadunidenses que constituem um elemento crescente no papel desempenhado por actores não-estatais em governança global (Moran, 2014: vii). Estes termos ou expressões remetem à criação e desenvolvimento, já neste século, de fundações privadas (sua forma institucional mais corriqueira) sem fins lucrativos e de carácter não-governamental, a partir de acúmulos substanciais de recursos financeiros autoperpetuados por meio de rentabilidades obtidos em fundos de investimento, provenientes originalmente da exploração de atividades econômicas específicas: No caso da BMGF, a microcomputação e comercialização de licenças de *softwares* por parte da Microsoft; e, no caso da Bloomberg Philanthropies, a atuação da agência de notícias e análise de dados do mercado financeiro conhecida como Bloomberg LP.

Grandes fortunas individuais acabam sendo, portanto, a origem do ímpeto para a projeção internacional (não-doméstica) destas organizações não-estatais que, movidas por uma ou mais causas e por visões estratégicas que se assemelham a lógicas aplicadas em corporações privadas, acabam ingressando no espaço da governação global em saúde e revolucionando muito rapidamente suas dinâmicas tanto pelo peso desproporcional de seu poderio financeiro e maior tolerância ao risco quanto pela consequente influência política que exercem. Nas palavras de Moran (2018: 410), este cenário é envolto em contradições inerentes, principalmente concernentes ao suposto déficit de legitimidade democrática e falta de *accountability* público destes actores não-estatais:

“It also reveals tensions that have long accompanied ‘big’ philanthropy: the power of the wealthy to shape public policy; concerns regarding the accountability and legitimacy of private actors; and the type of development interventions favored by foundations, which, according to some critics, have tended toward the top down and technical (and more recently the market oriented) at the expense of the social and the political. These tensions have resurfaced in recent years, with the ever present Gates Foundation extending its influence and the ‘new philanthropy’ altering the dynamics of international development.”

As mudanças notadas na governação global na área da saúde, bem como no sistema multilateral como um todo, estão bastante relacionadas, em paralelo, às alternativas criadas ao próprio sistema ONU, por meio das destinações do capital de risco da BMGF no campo do desenvolvimento internacional no mesmo período abordado. As PPPs conhecidas como Gavi (focada em vacinas) e o Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária (focada

na prevenção e controle das três maiores doenças transmissíveis do mundo) são consideradas “filhas” da maior entidade filantrópica de que se tem notícia na medida em que foram criadas, em 2000 e 2002 respectivamente, por meio de investimentos iniciais de US\$750 milhões sem os quais teriam sido improváveis seus inícios de operação – em meados de 2015 houve a reafirmação de compromissos financeiros milionários contínuos por parte da BMGF na direção destas duas PPPs (Moran, 2018:414-415). Com estruturas híbridas de gestão, modelos de atuação oriundos da iniciativa privada e pretendendo superar ineficiências institucionais e inércias burocráticas crônicas de agências intergovernamentais das Nações Unidas, a participação ativa destes novos tipos de organização na arquitetura institucional da saúde pública global não só aprofunda o esvaziamento do multilateralismo no século XXI como também acentua o processo de panlateralização da OMS, como será aprofundado nas próximas seções deste trabalho. Como analisa Moran (2014: 2): *“In doing so it shows how foundations have played a critical role in both creating and financing development partnerships, and by extension, a role in influencing the trajectory of global development policy”*.

Outro conceito relevante nesta análise gira em torno do surgimento de uma nova modalidade extrapolada de filantropia (etimologicamente definido como “amor à humanidade”) consagrada na ideia de “filantropocapitalismo”, termo cunhado por Bishop & Green (2010) em seu livro *“Philanthrocapitalism: How Giving Can Save the World”*. Revestidas de uma racionalidade proveniente do mundo dos negócios e adotando métodos de modelos que dialogam com a lógica dos mercados – corporificados no pressuposto de que decisões estratégicas devem ser baseadas em metas palpáveis, dados credíveis e em evidência científica robusta e que os resultados devem ser igualmente mensuráveis –, estas novas práticas põem em cheque o que vinha sendo feito até então ao impor que *“traditional ways of solving social problems do not work, so business thinking and market forces should be added to the mix”* (Edwards, 2010: 2-3; Seitz & Martens, 2017: 48). Nas duas primeiras décadas deste século, portanto, existe a clara percepção de que *“collectively these trends have contributed to a shift in the global governance of development – or what can be described as the ‘philanthrocapitalist’ turn”* (Moran, 2018: 410). Um efeito importante dessa virada materializa-se também na relação estabelecida entre a alocação de recursos e o prazo esperado para que determinada intervenção renda frutos, e sua consequente lógica particular de priorização de investimentos:

“This includes a strong emphasis on short-term results and impact. Consequently, foundations and corporations may neglect investments in areas where impact becomes evident only over time. Some philanthropic foundations, like the Gates Foundation, favour problem-oriented interventions that produce fast results. However, by focusing on quick-win approaches [...] they tend to underestimate the relevance of structural and political obstacles to development (e.g. weak public health systems).” (Seitz & Martens, 2017: 48-49)

Ainda sobre as obras com as quais esta dissertação estabelece diálogo, sustento a ideia de que o presente trabalho vem a contribuir pontualmente para o incremento da literatura dedicada especificamente à abordagem do papel de fundações filantrópicas na política e nas relações internacionais, como corrobora Moran (2014: 2):

“[...] while other non-state actors – for example international nongovernmental organizations (INGOs) and firms – have been the subject of ever-increasing scholarly analysis [...], foundations have largely remained absent from global governance literature.”

Por fim, ainda nesta secção, faz-se necessária uma ancoragem teórica dos conceitos de *agenda-setting* e, por conseguinte, de *agenda-reinforcing*, a serem amplamente utilizados neste trabalho. Primeiro, é preciso esclarecer que, apesar de por elas influenciadas, a noção de agenda política difere bastante dos conceitos de agenda pública e de agenda mediática, representando tradições de pesquisa também distintas (Dearing & Rogers, 1992: 5-8). A composição de agendas em contextos democráticos não-consensuais, neste sentido, diz respeito à escolha de prioridades, à deliberação de decisões políticas, ao reflexo de valores sociais e de poder, bem como à definição de vencedores e perdedores políticos. Percebendo como a agenda é definida, como e por quem, constitui uma etapa necessária para se compreender de que modo é feita a política e de que forma suas soluções serão construídas. A agenda política apresenta assim uma visão abstrata, imperfeita e parcial, com interesses desigualmente representados, de quais são as opções políticas que podem ser adotadas, não significando, porém, que o processo seja controlado por uma pessoa ou instituição específica (Zahariadis, 2016: 3-5). Na visão de Cobb & Elder (1971: 905-906), autores responsáveis pela inauguração do termo “agenda” na literatura de ciência política, sua definição denotaria *“a general set of political controversies that will be viewed as falling within the range of*

legitimate concerns meriting the attention of the polity” ou ainda “[...] *a set of concrete items scheduled for active and serious consideration by a particular institutional decision-making body*”.

A agenda política, portanto, é composta por demandas difusas que decisores políticos concordam em considerar, num processo que se pretende formal e institucionalizado. Há, todavia, ímpetos individuais, avançados por grupos de interesse ou entidades formalmente estabelecidas no sentido de inserir, fortalecer/reforçar ou enfraquecer/diluir questões que compõem (ou ainda não) a agenda política geral ou de organizações específicas, intervindo externamente nesta dinâmica. O agendamento precede, segundo o modelo analítico das etapas sistematizado por Knoepfel et al. (2011, p.119-120), a etapa da formulação de políticas públicas, sejam elas domésticas ou internacionais, a partir do qual se decompõe o ciclo do processo político em fases sucessivas, relacionadas entre si de forma sequencial e retroalimentada, contemplando: 1) agendamento; 2) formulação (ou programação); 3) implementação; e 4) avaliação. É neste contexto que processos de *agenda-setting* e de *agenda-reinforcing* serão abordados no âmbito dos programas e projetos abarcados pela OMS, cujos processos de agendamento vêm cada vez mais sendo influenciados por entidades exógenas ao seu ambiente essencialmente intergovernamental e multilateral, com clara preponderância de actores não-estatais de cunho filantrópico.

Concretamente, a prática de *agenda-setting* no contexto da OMS fica definida como o ato de inserir ou introduzir de forma inédita, directa ou indirectamente, um item, problemática, tema emergente ou prioridade programática na agenda política desta OI, seja pela via retórico-discursiva e/ou por meio do incremento de financiamentos destinados a categorias específicas do seu orçamento. Já *agenda-reinforcing* se caracteriza pelo reforço, fomento ou fortalecimento, também de forma directa ou indirecta, de agendas preexistentes do escopo de trabalho desta OI, também pela via retórico-discursiva e/ou por meio do aporte de contribuições financeiras que acabam por inflar sua relevância. Em oposição a estes, existiriam ainda os conceitos de *agenda-deflating* e de *agenda-excluding*, a não serem abordados neste trabalho. Eles denotariam, pelo contrário, processos de desvalorização ou enfraquecimento de determinados temas na agenda política da OMS até porventura serem desconsiderados e eliminados por completo da atenção dos decisores políticos em causa.

1.4 Plano de investigação e métodos

1.4.1 O modelo de análise

Dentro do escopo desta investigação proposta, buscarei explorar quatro argumentos principais, complementares entre si, baseando-me nas referências bibliográficas selecionadas: 1) As implementações do *Financing Dialogue* e do *FENSA* aprofundam, institucionalizam e legitimam o processo de diálogo sistemático e cada vez mais profundo com actores não-estatais, abrindo espaço para sua participação efetiva na governação da agenda da saúde pública global e para a alteração da alocação de recursos orçamentais; 2) as tendências observadas operam não só no âmbito dos financiamentos de forma pontual, mas também nas relações institucionais com esta agência especializada da ONU e na sua oportunidade plena de participação de forma mais profunda, sistemática e longa; 3) as práticas de financiamento direcionadas à OMS estão ligadas à influência em políticas, definição, redefinição ou reforço de agendas e tomada de decisão por parte de actores não-estatais, sendo necessários esforços de salvaguarda do interesse público e de resgate do habitual protagonismo estatal na organização (Michaelowa, 2017: 113-123; Seitz & Martens, 2017: 46-50); e 4) as mudanças processadas em meio às práticas de financiamento da OMS alteram sua natureza e também sua modalidade organizacional do multilateralismo para o panlateralismo.

Quanto à aplicação e definição dos principais conceitos aí incluídos, boa parte do trabalho será permeada pela exploração das dicotomias “multilateralismo *versus* panlateralismo”, “intergovernamentalismo *versus* diálogo multissectorial, multinível e multipropósito com actores não-estatais” e “público *versus* privado”. Diante precisamente da intenção de se contribuir para a complementação da gama alargada de conceitos consagrados ou já minimamente difundidos na literatura de Ciência Política e Relações Internacionais, ao se observar o fenómeno aqui analisado, estarei propondo um novo. Abaixo, uma breve análise e contextualização de cada conceito – a serem aprofundados mais adiante na secção 2.3 – que acaba lhe servindo como ponto de partida.

O mais conhecido de todos, o *multilateralismo*, é notadamente demasiado estatocêntrico e constitui a essência da ordem mundial de Bretton Woods montada em torno de OIs como a ONU, FMI, Banco Mundial e GATT (atual OMC). Ele encontra na obra de Robert Keohane duas definições notadamente dependentes da ideia de Estados-nacionais: “*The practice of coordinating national policies in groups of three or more states, through ad hoc arrangements or by means of institutions*” (Keohane, 1990: 731); e “*Institutionalized collective action by an inclusively determined set of independent states*” (Keohane, 2006: 56). A definição de Ruggie (1992: 571) também reforça a noção da exclusividade ou monopólio estatal e soberano do conceito: “*Institutional form which coordinates relations among three*

or more states on the basis of 'generalized' principles of conduct [...] without regard of the particularistic interests of the parties”.

Já conceitos mais contemporâneos e inovadores são igualmente insuficientes ao tentarem abarcar e compreender o que se passa atualmente na OMS. A noção de *minilateralismo*, definida por Kahler (1992: 682) como “[...] *limited great power collaboration within multilateral institutions*” e vista por Stewart (2015: 115) como “*a defining feature of twenty-first century multilateralism is growing reliance on informal, non-binding, purpose-built partnerships and coalitions of the interested, willing and capable*”, escora-se precisamente no conceito anterior de multilateralismo, além de enfatizar seu caráter efêmero, pontual e circunstancial, como se dão por exemplo as mobilizações do G20 a partir de 1999. Por sua vez, *filantrolateralismo*, conceito derivado da expressão “filantropocapitalismo”, ancora-se basicamente na existência e atuação de grandes entidades filantrópicas e braços de responsabilidade social por parte de corporações privadas de grandes dimensões no campo da agenda da saúde e do desenvolvimento. Segundo Seitz & Martens (2017: 46), esta situação é caracterizada restritivamente por “*private funding and corporate influence in the United Nations*”, negligenciando toda uma variedade de actores que não se enquadra nestes dois perfis, como as ONGs e a própria esfera público-estatal. Há ainda o conceito de *polylateralismo*, que se aproxima bastante do fenómeno que se pretende estudar, mas que ainda pressupõe algum grau de institucionalização e formalização ao privilegiar a ideia de “entidade não-estatal”:

“The conduct of relations between official entities (such as state, several states acting together, or a state-based international organization) and at least one unofficial, nonstate entity in which there is a reasonable expectation of systematic relationships, involving some form of reporting, communication, negotiation, and representation, but not involving mutual recognition as sovereign, equivalent entities.” (Wiseman, 2011: 24)

O facto é que pessoas singulares, em contraposição a pessoas coletivas dotadas de personalidade jurídica e formalmente estabelecidas, são hoje capazes de aportarem recursos de forma individualizada, oriundos de seus patrimónios pessoais, à OMS. Casos assim começaram a se suceder a partir de 2016, com a inauguração do *FENSA*, e vêm se acumulando com cifras nada desprezíveis. No contexto do biénio 2016-2017, a OMS recebeu doações da princesa da Jordânia, Haya Bint Al-Hussein, no valor de US\$ 50.000,00, e de

desconhecidos como E. B. Spanjer (US\$ 785.581,00) e Samuel Arden Weiss (US\$ 21.946,00). Já para o biênio 2018-2019, há registros de contribuições feitas por Edith Christina Ferguson totalizando US\$ 262.996,00 (WHO, 2016c: 8; WHO, 2017b: 8; WHO, 2018f: 7). A verdade é que são quatro exemplos ainda isolados, mas que certamente não se enquadrariam no conceito de *polylateralismo*, assim como é proposto por Wiseman (2011: 24). Seria equivocado perceber indivíduos, pessoas comuns, como pertencentes à categoria de "entidades", como parece óbvio. Fazem sim parte do grupo de actores não-estatais. Ademais, isto é uma prática que pode e tende a crescer nos próximos anos, sobretudo com acirramento de concentração de riquezas em todo o mundo, o estímulo à prática filantrópica (corporificados em movimentos como *'The Giving Pledge'*) e diante das portas abertas da OMS para receber este tipo de recursos que tanto destoam das fontes tradicionais.

Portanto, para ser verdadeiramente fiel à realidade atual e antecipar tendências futuras tanto na OMS quanto em outras OIs e múltiplos arranjos de política internacional, propor-se-á o conceito abrangente de *panlateralismo*, que à partida se pretende extremamente amplo e inclusivo. A opção pelo prefixo de origem grega “pan” que denota “todo”, “toda” ou “tudo” intenciona justamente abarcar todos os tipos possíveis de relação institucional – de financiamento, de parceria, de comunicação, de cooperação técnica, de participação em práticas de governação, etc –, admitindo a inclusão de actores representantes dos três setores existentes – o público; o privado; e o da sociedade civil organizada –, de todos os níveis – seja individual, local, nacional e supranacional –, tal como se vê na OMS hoje em dia. A operacionalização dos conceitos partirá da observação empírica da multiplicidade de actores não-estatais fazendo parte da estrutura de financiamento e da governação da OMS, sendo o critério para avaliação desta OI pretensamente intergovernamental baseado na diversidade de actores com quem se relaciona atualmente e de que formas.

É preciso reconhecer que a definição de *panlateralismo* aqui pensada tem a função principal de constatar, contextualizar e caracterizar a aproximação, o diálogo e o estabelecimento de relações de variados tipos entre OIs e actores não-estatais numa perspectiva multinível, multipropósito e multissetorial, cujo efeito mais nítido e palpável acaba sendo a prática de financiamento privado na direção de estruturas institucionais intergovernamentais de OIs. Reconhece-se que o conceito é demasiado abrangente e flexível para servir como conceito explicativo. Ele busca principalmente contribuir pontualmente para a evolução e sequência dos debates travados neste campo do conhecimento.

1.4.2 O desenho da pesquisa

A estratégia de investigação a ser adotada nesta pesquisa será a abordagem qualitativa (intensiva), exclusivamente, por tratarem-se de dois estudos de caso cujas análises são bem circunscritas, com profundidade e elevado nível de detalhe. O enfoque será dado unicamente à OMS – e suas relações estabelecidas com a BMGF e a Bloomberg Philanthropies –, ainda que possam ser feitas menções breves ao sistema ONU e outras de suas agências especializadas. Já o recorte temporal abrangerá os pouco mais de 71 anos de existência da OMS (1948-2019), com ênfase nas tendências organizacionais observadas mais recentemente bem como no seu impacto nas políticas públicas internacionais de saúde agendadas na OMS, ao longo do século XXI prioritariamente.

Como já expresse anteriormente, os casos selecionados dentro desta perspectiva incluirão as interações desta OI com a BMGF e com a Bloomberg Philanthropies, explorando de que forma os fluxos de financiamento destas duas entidades para a OMS acabam por influenciar e redirecionar o rumo de projetos e programas no campo da saúde, refletindo muitas vezes as visões destes dois actores externos norte-americanos de cariz filantrópica. O objetivo deste trabalho será precisamente estudar se existe ou não uma potencial relação causal entre o crescimento do fluxo de financiamentos a partir deste tipo de organizações (caracterizado paralelamente pela intensificação inevitável de interações e relações institucionais), concebidos aqui como variáveis independentes, e as decisões sobre prioridades políticas e estratégicas das OIs, observadas como variáveis dependentes. Para isso, serão feitos dois estudos de caso *in-depth* que pretenderão apurar, analisar e oferecer subsídios empíricos na forma de dados e informações concretos para a corroboração desta ideia.

Os métodos/técnicas de recolha de dados incluirão tanto fontes primárias – maioritariamente emanados pela própria OMS (balanços financeiros; relatórios publicados; normas internas; atas de reuniões e conferências; listas de participantes; plataforma de orçamento programático; registo aberto de actores não-estatais; indicadores e estatísticas oficiais) – quanto fontes secundárias – variando entre artigos de revistas académicas, livros, relatórios de ONGs, editoriais, além de notícias e análises críticas de publicações de renome. Este conjunto robusto de referências bibliográficas são os que mais concentram conteúdo e subsídio teórico e empírico relevante para o esforço de investigação aqui proposto. Apesar de ser um tema recente e bastante atual, já existe vasta literatura e documentação disponível sobre o problema em causa.

Por fim, quanto aos métodos/técnicas de análise de dados a serem aplicados neste trabalho de pesquisa, como se espera, será desenvolvida uma análise documental ampla,

guiada pelos argumentos centrais enumerados na secção anterior, baseada em dados preexistentes (Quivy & Campenhoudt, 2005: 201-207). Mais do que uma análise meramente histórica ou cronológica (*process tracing*) de como se chegou até aqui em termos das práticas de financiamento da OMS, o que se pretende é instrumentalizar as evidências existentes para corroborar a seguinte tese, sob a perspectiva dos dois estudos de caso: diante das tendências organizacionais apresentadas, pautadas pela ampliação da interação da organização com actores não-estatais e pelo crescente fluxo de financiamento privado compondo seus orçamentos programáticos bianuais, a OMS vem sendo alvo de influências e interferências externas nos seus processos internos de *agenda-setting* e *agenda-reinforcing*, com clara ingerência exógena na prática da sua governação pretensamente democrática, intergovernamental e multilateral. O termo panlateralismo aqui cunhado, como já explicitado nas secções anteriores, deve servir apenas como um conceito abrangente para interpretar a notável inclusão de actores não-estatais no ambiente da cooperação multilateral da OMS, o que vem acarretando mudanças sistemáticas nos padrões de mobilização de recursos da OI. O foco na transformação de suas estruturas de financiamento constitui, portanto, uma boa forma de delimitar e operacionalizar o conceito de panlateralismo e aplicá-lo a um contexto concreto. A classificação da OMS como uma OI panlateral, portanto, não deve ser percebida como um fim si mesmo.

A presente secção desta dissertação compõe o primeiro capítulo introdutório da abordagem proposta. Além dela, este trabalho estará subdividido em outras quatro partes principais. O segundo capítulo será predominantemente factual, com pouca aplicação dos conceitos teóricos em elementos empíricos, e incluirá contextos mais aprofundados tanto sobre o *Financing Dialogue* quanto sobre o *FENSA*. O terceiro capítulo tratará do caso da BMGF e sua relação com a OMS no investimento para erradicação da poliomielite globalmente. Já o quarto capítulo abordará o segundo estudo de caso, nomeadamente o da Bloomberg Philanthropies e o patrocínio estendido à pesquisa, elaboração, edição e publicação, por parte da OMS, de relatórios temáticos em torno de questões de saúde pública. Por fim, o quinto capítulo buscará concluir o argumento central de que as recentes mudanças organizacionais observadas na OMS, redefinem a natureza e a essência da OI, institucionalizando, regulamentando e legitimando sua aproximação com actores não-estatais, propiciando a participação, interferência e influência dessas entidades não-governamentais em processos internos de *agenda-setting* e *agenda-reinforcing* e, conseqüentemente, na tomada de decisões em torno de políticas públicas internacionais na área da saúde. O último capítulo também buscará traçar recomendações de soluções políticas para que a OMS preserve o

tradicional e esperado protagonismo estatal de seus quadros por meio de uma melhor sustentabilidade financeira, salvasse o interesse público em suas ações e iniciativas, bem como a noção de governação democrática que deve reger suas práticas e seus propósitos.

2. O APROFUNDAMENTO SISTEMÁTICO DA RELAÇÃO DA OMS COM ACTORES NÃO-ESTATAIS

2.1 O *Financing Dialogue*

A iniciativa conhecida como *Financing Dialogue* (resolução WHA66.8) surgiu, como já exposto anteriormente, num contexto reformista dentro da OMS iniciado em 2010 que intencionava melhorar sua posição quanto à previsibilidade das suas fontes de financiamento, preparando a OI para enfrentar e superar os desafios no campo da saúde do século XXI. Em resposta aos anos precedentes de subfinanciamento crônico e de orçamentos precários e insuficientes, e por pressão dos Estados-membros, demandava-se maior clareza e transparência sobre o papel da OMS em face à composição de seus *programme budgets* bianuais aprovados no âmbito da AMS, constantemente descasados com o caráter crescentemente “*earmarked*” de doações voluntárias de parceiros externos. Seu objetivo era, em última instância, garantir maiores alinhamento e flexibilidade do dinheiro que financia o trabalho da OMS, deixando a OI em bases financeiras mais seguras, estáveis e sustentáveis, aprimorando consequentemente a qualidade e eficácia dos programas implementados globalmente (WHO, 2014a: 1-5). Há que se reconhecer, em paralelo, o impacto da crise financeiro-económica mundial de 2008 na predisposição quase inexistente dos países em geral em elevar suas contribuições compulsórias à OMS na medida em que sofriam significativas restrições orçamentais em âmbito doméstico. Para decisores políticos, é natural que questões de ordem nacional e urgentes costumem ter primazia sobre a qualidade na participação em organizações internacionais. É também importante frisar a existência de regulamentações financeiras internas por parte de alguns doadores que impedem, na prática, maior flexibilização dos recursos destinados à OMS, fazendo com que suas doações sejam quase que invariavelmente “*earmarked*”, como é o caso específico da União Europeia (EU, 2016).

Dividida em três fases entre 2013 e 2014, a iniciativa sem precedentes incluiu reuniões bilaterais com os maiores desembolsadores de recursos junto à OMS em torno da contínua mobilização de recursos e contou com dois eventos em Genebra, em junho e novembro de 2013, com a presença tanto de Estados-membros quanto de actores não-estatais. Como resultado, a OMS conseguiu ao final daquele ano, pela primeira vez, ter uma projeção de 85% dos recursos financeiros disponíveis ou já comprometidos para o seu orçamento seguinte, de 2014-2015. O *Financing Dialogue* pautou-se concretamente pelo estabelecimento de metas orçamentais (“*ceilings*”) a serem preenchidas com a devida antecedência pelos financiadores, bem como pelo lançamento de um portal virtual intitulado “*WHO Programme Budget web*

portal” que garantia a divulgação atualizada e a transparência do processo. O compromisso com a transparência financeira neste processo, aliás, foi consagrado pelo ingresso da OMS na *International Aid Transparency Initiative (IATI)* em outubro de 2016, iniciativa voluntária com mais de 70 membros que estabelece o padrão ouro para processamento de fluxos de recursos financeiros voltados para desenvolvimento, assistência internacional, e ações humanitárias (WHO, 2016d). Ainda que lacunas orçamentais persistam em algumas áreas programáticas até hoje, dentre as 33 existentes, esta iniciativa transformadora provou-se igualmente bem-recebida por Estados-membros e actores não-estatais, tendo sido avaliada como bem-sucedida segundo o relatório final de avaliação encomendada junto à consultoria PricewaterhouseCoopers, ao avançar com o estabelecimento de princípios elementares de uma gestão e planeamento mais eficientes e eficazes dentro da OMS (PWC, 2014: 1-21).

As crescentes tensões internas da OMS, de ordem tanto financeira quanto de governação, que acabaram por fazer emergir e moldar o *Financing Dialogue* já eram reconhecidas pela então DG Dra. Margaret Chan entre os anos de 2009 e 2010, da seguinte forma: “*In today’s crowded landscape of public health, leadership is not mandated. [...] It must be earned through strategic and selective engagement. WHO can no longer aim to direct and coordinate all of the activities and policies in multiple sectors that influence public health today*” (WHO, 2010: 6). Numa arquitetura institucional de saúde global que se tornava cada vez mais fragmentada e diluída, sua governação interna haveria de ser compartilhada. Um cenário que outrora fora dominado quase que exclusivamente pela OMS, seus Estados-membros e um punhado de organizações sem fins lucrativos e de viés humanitário, agora é povoado por uma grande diversidade de actores que já vinham ampliando tanto suas relações com a OI em questão quanto expandindo sua incidência nesta agenda específica:

“*[...] there is widespread consensus that the current institutional structure, now more than 60 years old, is unable to respond effectively to contemporary global health threats. Today, the WHO stands on a crowded stage; though once seen as the sole authority on global health, the WHO is now surrounded by many diverse actors.*” (Frenk & Moon, 2013: 937)

Apesar da necessidade urgente por recursos financeiros de fontes externas para apresentar um bom desempenho e entregar os resultados esperados, a OMS reconhecidamente apresenta vantagens comparativas singulares no campo da saúde pública global, superando qualquer agência, grupo, iniciativa ou parceria. É quase unânime a visão de que esta OI está

numa posição única, credível e privilegiada de continuar exercendo governação, coordenação e liderança no sentido de emanar estratégias internacionais baseadas em evidência científica para controle e prevenção de doenças, estabelecimento de normas, padrões, boas práticas e redes de colaboração, além de promoção de inovação tecnológica, políticas de saúde e fortalecimento de sistemas para toda a comunidade internacional, de modo otimizado e custo-efetivo (WHO, 2010: 7). Em resumo, nenhum actor é capaz de fazer o que a OMS faz. Neste sentido, há o entendimento suficientemente disseminado de que o dinheiro até pode seguir vindo de fora, mas quem lidera e coordena o trabalho em última análise deverá ser a OMS (Frenk & Moon, 2013: 937).

Se a questão da previsibilidade melhorou substancialmente com o advento do *Financing Dialogue*, o problema da flexibilidade dos fundos entrantes na organização continua sendo um grande desafio. Não são poucos os apelos da OMS para que Estados-membros e actores não-estatais façam suas contribuições voluntárias tendo isto em mente. Como observa o documento que propõe o novo orçamento de 2018-2019:

“[...] A mobilização de recursos continuará sendo fortalecida para apoiar um financiamento mais flexível e previsível na implementação do orçamento programático. Os fundos serão alocados de uma forma que permitam cada nível da organização desempenhar seus papéis e responsabilidades e operarem de forma ideal.” (WHO, 2018g: 134)

Em pouco tempo, o *Financing Dialogue* provou-se um eficaz e até então inédito mecanismo de priorização de contribuições financeiras voluntárias alinhando demandas programáticas da OMS com uma oferta já muito diversificada e abundante de fontes de financiamento, alargando a base de potenciais doadores e elevando os níveis de interação entre representantes da OI e actores não-estatais. A percepção de sucesso foi tal que o mesmo modelo foi replicado na UNESCO já em 2018 e deve seguir sendo copiado (UNESCO, 2018). Mas, por outro lado, pode-se afirmar que a iniciativa complexifica sensivelmente os esforços internos de estruturação, execução e acompanhamento de orçamentos, bem como de regulamentação desses fluxos financeiros internos na mesma medida em que exige maior sofisticação da OMS em termos da gestão dos compromissos políticos assumidos e das relações de poder deles decorrentes (Goetz & Patz, 2017: 8).

O *Financing Dialogue* mostra-se, por outro lado, como um reflexo inequívoco do processo recente de panlateralização da OMS na medida em que a abertura ao diálogo e a

possibilidade ampla de aproximação institucional estendida a uma grande variedade de actores implica numa redefinição da sua estrutura tradicional de funcionamento. O *Financing Dialogue* representa, de alguma forma, a criação de um fórum *ad hoc* para conversas pontuais cuja agenda pode ser pautada pelo exclusivo interesse do potencial parceiro externo, possibilitando que, entre outras coisas, “*WHO actions and priorities are no longer the result of the consensus of the world’s people but top down decision making from wealthy philanthropies*” (Kimberley, 2014). Sob palavras de ordem que visam à promoção de maiores alinhamento, previsibilidade, flexibilidade, ampliação da base de contribuição, transparência e discussão contínua entre as partes interessadas (sobretudo de natureza privada), esta medida acaba servindo sobretudo como uma grande porta de entrada para a integração, legitimação e institucionalização de atores não-estatais na estrutura organizacional desta agência especializada da ONU, bem como na própria arquitetura pretensamente multilateral e, portanto, tradicionalmente intergovernamental da governação da saúde pública global (WHO, 2014a: 6-11). Existe então um incentivo sem precedentes para que haja interação, troca de expectativas e diálogo sistemático entre a gama variada de actores envolvidos e a OMS:

“The decision to embark upon the Financing Dialogue was strongly supported by meeting participants, with several noting that it will facilitate their future funding decisions. There was a broad acknowledgement that it will be a learning process and there were invitations by Members States and other funders to continue the dialogue and exchange of views.” (WHO, 2013c: 1)

Em junho de 2013, por exemplo, na ocasião da reunião de lançamento do *Financing Dialogue* em Genebra, para além dos já habituais e esperados actores da esfera pública – como os Estados-membros, outras agências das Nações Unidas, a União Europeia e bancos de desenvolvimento –, estiveram presentes no evento (presencialmente ou por meio virtual) representantes da BMGF, da Bloomberg Philanthropies, de Gavi, do Fundo Global, bem como de outros (apenas) seis actores não-estatais – um seletíssimo grupo de organizações bastante interessadas nas novas possibilidades de aproximação e engajamento junto à OMS (WHO, 2013a: 16-18). BMGF, Gavi e o Fundo Global também estiveram presentes na segunda reunião, em novembro de 2013, enquanto apenas 87 e 92 Estados-membros, respetivamente, se fizeram presentes nas duas reuniões sobre o tema – menos da metade do total de países signatários. É interessante notar que Chris Elias, presidente do programa de *Global Development* da BMGF, teve papeis de destaque nos eventos deste género, superando

a condição de mero convidado ou participante e assumindo funções de debatedor e moderador em sessões destas reuniões (WHO, 2013b: 2; WHO, 2015b: 3).

Por mais que o *Financing Dialogue* tenha sido idealizado pela OMS como um canal para a contínua e frequente socialização e sensibilização bilateral dos financiadores públicos ou privados quanto às suas áreas programáticas cronicamente deficitárias, e que haja uma indução para que estas sejam preenchidas de forma atempada e flexível diante de um entendimento comum, não existe nenhuma garantia de que as mesmas serão de facto o foco da atenção e investimento destes desembolsadores. Os doadores em questão podem perfeitamente preferir fazer prevalecer seu próprio interesse e visão estratégica nesta dinâmica, impondo sua vontade e alocando o dinheiro onde entendem que devam. Como notam especialistas da Oxfam: *“This apparently optimistic scenario is misleading. It is still possible for donors to exceed caps on particular areas of work, causing imbalances”* (Kamal-Yanni & Saunders, 2015). A OMS e o *Financing Dialogue*, a não ser que seja detetada alguma violação dos pressupostos legais já abordados, não têm formalmente como se opor a isto. Por mais que os princípios de previsibilidade, transparência e alinhamento sejam plenamente observados e respeitados, nada impede que desequilíbrios e vulnerabilidades continuem existindo no processo de mobilização de recursos e na estruturação dos orçamentos bianuais da OI. Como reconhece a própria organização: *“achieving full alignment of funding will be the organization’s biggest financing challenge”* (WHO, 2013b: 2).

2.2 O FENSA

Instituído como a resolução *WHA69.10*, de 28 de maio de 2016, e definido como uma política interna abrangente que deve governar todas as relações da OMS com actores não-estatais, permeando os três níveis da organização – sua sede em Genebra, os escritórios regionais, bem como os escritórios de cada país –, o *FENSA* é resultado de anos de discussão, negociação e pressão de Estados-membros e organizações da sociedade civil organizada que demandavam uma revisão geral dos princípios e diretrizes que norteiam essas dinâmicas diante do crescente papel de entidades privadas nos processos decisórios da OI. Ele substituiu dois documentos antecessores, tidos como insuficientes, que regiam relações com organizações não-governamentais e com empreendimentos comerciais, intitulados *“Principles governing relations between the World Health Organization and nongovernmental organizations”* e *“Guidelines on interactions with commercial enterprises to achieve health outcomes”*, e foi construído sob intenso exercício de lobby corporativo liderado pelo setor privado, sobretudo o norte-americano (WHO, 2016e: 2; Seitz, 2016: 5-7).

O conjunto de regras passou a ser implementado com operacionalização plena a partir de maio de 2018, distinguindo e reconhecendo quatro grupos de actores não-estatais – ONGs; entidades do setor privado; fundações filantrópicas; e instituições académicas –, para os quais o *FENSA* define um conjunto específico de normas, e cinco modalidades básicas de interação: 1) participação em reuniões da OMS; 2) contribuições com recursos financeiros ou em espécie (doações de medicamentos, bens ou provisão de serviços contratualizados); 3) a compilação, análise, geração, compartilhamento ou publicação de conteúdo, evidência científica, informações acerca de questões técnicas e conhecimento em geral; 4) *advocacy* ou consciencialização em torno de questões de saúde com ênfase na mudança de hábitos; e 5) colaborações técnicas, incluindo desenvolvimento de produtos, atividades de formação, cooperações operacionais em resposta a emergências ou contribuição para implementação de políticas da OMS (WHO, 2016e: 6-9).

Guiada a partir da consciência de que o panorama da saúde global ficou mais complexo ao longo dos tempos e que hoje o mesmo encontra-se densamente povoado por actores não-estatais, a OMS reconhece que a convergência de interesses neste campo contribui criticamente para o apoio do seu trabalho gerando benefícios tanto mútuos quanto para a saúde pública global, enaltecendo aí as práticas de diálogo e esforço compartilhado. Para a OMS, “*non-State actors are entities that do not belong organically to any State institution, that participate or act in international and national relations, and that have the power to influence and cause change*” (WHO, 2013d: 2). Este novo arcabouço regulatório interno tem, pretensamente, o objetivo de equilibrar os riscos existentes com os ganhos potencialmente esperados a partir deste tipo de interação e da intenção organizacional expressa de fortalecer estrategicamente esses vínculos de forma contínua, protegendo e preservando o mandato de saúde pública da OMS (WHO, 2018d: 3-8; WHO, 2016e: 11-13). Em janeiro de 2018, em um processo piloto de registo materializado no lançamento da plataforma eletrônica “*WHO Register of non-State actors*” e num esforço institucional de ênfase à transparência do processo, já eram 214 os actores não-estatais cadastrados como entidades mantenedoras de relações oficiais com a OMS, número superior ao próprio conjunto dos 194 Estados-membros que integram a OI atualmente (WHO, 2018h: 1-13).

Para reforço de sua implementação, todo o conteúdo do *FENSA* foi sistematizado e publicado tanto num manual de 52 páginas destinado a actores não-estatais que mantêm relações sistemáticas com a OI (WHO, 2018d) quanto num guia para funcionários da OMS (WHO, 2018i), de semelhante dimensão, incluindo princípios e processos norteadores com os quais todos os quadros da organização devem estar cotidianamente familiarizados. De

maneira geral, o *FENSA* preconiza que qualquer interação entre a OMS e um actor não-estatal: 1) demonstre um benefício claro à saúde pública; 2) esteja em conformidade com o mandato, com o trabalho programático e com a Constituição da OMS; 3) respeite a natureza intergovernamental da OMS bem como a autoridade decisória dos Estados-membros, como expresso na Constituição da OMS; 4) apoie e aprimore, sem comprometer, a abordagem científica e baseada em evidências que norteia o trabalho da OMS; 5) proteja a OMS de qualquer influência excessiva e indevida, em particular nos processos de definição e aplicação de políticas, normas e padrões; 6) não comprometa a integridade, independência, credibilidade e reputação da OMS; 7) seja efetivamente gerida ao, inclusive, evitar conflitos de interesse e outras formas de risco para a OMS, sempre que possível; e 8) seja conduzida com bases na transparência, abertura, inclusividade, responsabilização, integridade e respeito mútuo (WHO, 2016e: 5).

A OMS promove, segundo prevê o *FENSA*, uma auditoria prévia bem como uma análise de risco anterior a cada colaboração com actor não-estatal, bem como todos os Estados-membros são encorajados a exercer uma supervisão atenta dessas relações, que são devidamente registadas, divulgadas em relatórios anuais e alvo de escrutínio público, de modo a aumentar o nível de *accountability* em torno dessas aproximações. A priori, a OI também se protege ao declarar que não estabelece vínculos com as indústrias do tabaco e de armas pelo carácter nocivo das suas atividades à saúde humana e não aceita destacamentos de funcionários provenientes de companhias privadas (WHO, 2016e: 9-14). Todavia, ao não apresentar nenhum tipo de rejeição mais expressa às demais indústrias que porventura possam estar agindo de forma negativa com relação à incidência de doenças não-transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão, etc) ou à promoção de seus determinantes na população mundial, como é o caso da indústria de alimentos e bebidas por exemplo, ou a outras categorias de actores não-estatais autorizados então a ceder seus talentos para colaborarem no desenvolvimento de trabalhos, temporários ou não, dentro da estrutura da própria OMS, a organização acaba abrindo espaço para aproximações e vínculos que talvez sejam questionáveis (Rached & Ventura, 2017: 9; Seitz, 2016: 8).

No que diz respeito especificamente às relações da OMS com fundações filantrópicas, ficou estabelecido que suas doações devem estar alinhadas com as prioridades identificadas pela AMS no orçamento programático em vigência, ajudando também na redução da sua vulnerabilidade financeira bem como da dependência orçamental de actores específicos. A OI deixa claro que a prática de destinação de recursos financeiros para seu orçamento em carácter voluntário não pressupõe contrapartidas na forma de apoios, privilégios, vantagens ou

ingerência – possibilidade de aconselhamentos, influência, participação, gestão ou implementação em torno de suas atividades operacionais –, reservando-se a OMS o direito de recusar qualquer contribuição sem maiores explicações (WHO, 2016e: 30-32).

Não há dúvidas de que o *FENSA* representa um primeiro passo no sentido de um primeiro arcabouço regulatório robusto do sistema ONU que dita parâmetros claros e exequíveis para a relação de uma de suas agências especializadas com actores não-estatais. Mas há muita controvérsia e ambiguidade em torno desta medida institucional recente que serve como ferramenta para legitimação de parcerias fora do usual escopo intergovernamental e público. Na mesma medida em que o *FENSA* constitui um avanço no sentido de estabelecer limites ou uma barreira protetora em torno da OMS contra influências externas caracterizáveis como indevidas, seus princípios de abertura e de inclusividade soam demasiado convidativos para qualquer actor não-estatal, que queira ter uma entrada e uma voz dentro desta proeminente OI, se aproximar de forma sistemática, formal e legal.

Outro ponto sensível é a possibilidade de equiparação daquilo que pode ser considerado como de interesse público e outras agendas, muitas vezes veladas, de grupos de interesses com fins lucrativos. Mais um contrassenso reside no fato de não haver distinções ou hierarquias dentro das categorias de actores estabelecidas nesse sistema, permitindo que associações corporativas internacionais possam participar como ONGs sem fins lucrativos dentro da OMS, sendo que representam os interesses de seus membros privados com fins lucrativos (Seitz, 2016: 7-8). Este é o caso emblemático da *IFPMA*, já mencionada nesta abordagem, por exemplo. Está prevista, por fim, uma avaliação preliminar em 2019 para medir o progresso da implementação do *FENSA* e seu impacto no trabalho cotidiano da OMS com vistas a gerar resultados e informar ajustes e mudanças a partir da reunião do Conselho Executivo da OI em janeiro de 2020 (WHO, 2016e: 2).

2.3 A OMS como OI panlateral

Antes de abordar como a OMS vem redefinindo seus padrões de comportamento institucional em relação a outros actores, sejam eles públicos ou privados, é preciso ancorar melhor as ideias e conceitos em destaque na pergunta de pesquisa deste trabalho (secção 1.2) de modo a analisar como esta OI foi originalmente concebida e como era esperado que atuasse em meio às relações internacionais e prioridades de seus Estados-membros, bem como perante a agenda da saúde pública em âmbito global. Como já mencionado anteriormente, a OMS foi oficialmente instituída como agência especializada da ONU pela adoção de uma Constituição durante a Conferência Internacional de Saúde realizada em Nova York, de 19 a

22 de julho de 1946. O documento foi assinado inicialmente por representantes de 61 Estados no último dia do evento e entrou formalmente em vigor em no dia 7 de abril de 1948. Desde então, várias emendas já foram incorporadas ao texto original (WHO, 2019). Objetivamente, em seu Capítulo II (sobre suas funções), artigo 2º, alínea a), fica definido que a OMS deve atuar como a autoridade diretora e coordenadora do trabalho internacional realizado na área da saúde. Fica claro que tal atribuição política lhe é imputada de forma única e monopolista pelos países signatários, de modo que não existe a previsão legal de outra autoridade concorrente no mesmo campo que com ela pudesse rivalizar. No mesmo artigo, é evidente também a estipulação do seu caráter eminentemente cooperativo e colaborativo com outras agências do sistema ONU, entidades governamentais de saúde, grupos profissionais e outras tantas organizações, se assim for julgado apropriado (WHO, 2006: 2).

Já sua natureza multilateral e intergovernamental, e todas as dinâmicas daí decorrentes, dizem respeito principalmente aos Capítulos III, IV e V de sua Constituição. Neles, ficam definidos que a adesão à OI é aberta a todos os Estados (e apenas a eles) e que sua representação se dá por meio de no máximo três delegados no âmbito da AMS, que se reúne em sessões anuais e/ou especiais. É precisamente neste fórum, como descrito nos artigos 18 e 19 (Capítulo V), que fica materializada a autoridade decisória dos Estados-membros numa perspectiva democrática, exclusiva e soberana. Os artigos 59 e 60 (Capítulo XIII), neste sentido, estipulam que cada Estado-membro venha a ter um voto em pleitos realizados na AMS, onde maiorias de no mínimo dois terços são necessárias para que decisões sejam tomadas de forma isonômica. Outras organizações convidadas, nacionais ou internacionais, governamentais ou não-governamentais, não têm direito a voto, como previsto no Capítulo V, artigo 18, alínea h). Por fim, de modo a diferenciar muito claramente os Estados-membros e suas prerrogativas formais de todo o conjunto de organizações que pudessem vir a povoar ou se avizinhar do ecossistema institucional da OMS, os artigos 70 e 71 (Capítulo XVI) preveem que a OI possa estabelecer relações efetivas e cooperar proximamente junto a outras organizações intergovernamentais, bem como montar arranjos para consultas e cooperação com organizações internacionais não-governamentais (WHO, 2006: 3-16). Apesar de admitir alguma aproximação, a essência do multilateralismo e do intergovernamentalismo (intrinsecamente baseados na exclusividade estatal) da OMS a impedem constitucionalmente e concretamente de ultrapassar certos limites na relação cultivada com actores de outras naturezas organizacionais.

A partir das contextualizações das subsecções 2.1 e 2.2, é possível notar que o *Financing Dialogue*, originado em 2013, e o *FENSA*, negociado e esboçado entre 2014-2015,

instituído em 2016 e finalmente implementado na sua completude a partir de 2018, fazem parte de uma mesma linhagem reformista da OMS. Estão intrinsecamente ligados na medida em que um vem a reboque do outro e são complementares entre si em muitos aspectos, sobretudo no que diz respeito à primazia de processos cada vez mais transparentes, à prevalência de uma perspectiva *multi-stakeholder* na arena da saúde pública global e à necessidade de ampliação da base de contribuição da OMS para muito além dos habituais Estados-membros. Neste sentido em particular, ambas as medidas políticas institucionalizam, sofisticam, regulamentam e aprofundam uma tendência já observada há mais tempo nas dinâmicas de relação da OMS com actores não-estatais. O *Financing Dialogue* e o *FENSA* vêm funcionando até aqui como instrumentos efetivos de mobilização de recursos para a OMS, na medida em que se constata ou interpreta que “*extra-budgetary funding has transformed the WHO into a donor-driven organization [...]*” (Gostin *et al.*, 2015: 859).

Por mais que constitucionalmente os Estados-membros elejam seu DG, cheguem a acordos quanto ao plano de trabalho a ser implementado, aprovem orçamentos bianuais e apontem conjuntamente em que direcção a OI deve rumar, a OMS vem apresentando um processo de abertura muito particular tanto em sua trajetória organizacional quanto no panorama do sistema ONU. A OI é certamente inovadora ao demonstrar uma clara ambição por atrair de novas fontes de financiamento, estreitando laços institucionais com parceiros externos, aproximando-se notadamente de actores não-estatais e com eles estabelecendo intensa interação e colaboração. Esta tem sido sua escolha estratégica diante da nova realidade que se apresenta: “*Contemporary international health cooperation is also characterized by innovative ‘international health coalitions’ that involve diverse global health actors. Particularly notable is the recent proliferation of health research networks and public-private partnerships for health*” (Taylor, 2002: 976-977). Um reflexo desta mudança pode ser lido a partir do quadro simplificado abaixo sobre como se distribuem as 20 maiores organizações que financiam a OMS no biénio 2016-2017 em comparação com o biénio 2018-2019:

2.1: Distribuição dos 20 maiores financiadores do orçamento bianual da OMS por tipo de organização, 2016-2017 vs. 2018-2019

Tipo de Organização	Biénio 2016-2017	Biénio 2018-2019
Estados-membros	12	10
Entidades filantrópicas	2	3
Agências da ONU	2	2

PPPs	1	2
Bancos de desenvolvimento	1	1
Instituições supranacionais	1	1
ONGs	1	1

Fonte: WHO (2018b)

Acontece que a expressão popular “quem bancou a festa vai querer dançar” pode se fazer presente nessa dinâmica. A vertiginosa externalização da angariação de fundos para cumprimento do mandato da OMS, alegadamente necessária num contexto de subfinanciamento crônico e de inflexibilidade crescente de recursos com alocações rígidas definidas a priori, vem sendo acompanhada em igual medida da terceirização da possibilidade de ingerência e influência estendidas a actores não-estatais com quem estabelece vínculos. Nota-se que as contribuições dessas entidades e organizações quase nunca são pontuais ou isoladas, perpetuando-se uma relação institucional mais duradoura, estrutural e sistémica.

Gradualmente, portanto, ao longo dos últimos 20 anos pelo menos, a OMS vem relativizando sua vocação eminentemente intergovernamental para assimilar um diálogo multissectorial, multipropósito e multinível com actores não-estatais, aproximando processos públicos de práticas privadas e abrindo-se a fontes de recursos externos antes estranhos à lógica multilateral. Igualmente, a OI vem promovendo deliberadamente a evolução do seu carácter essencialmente multilateral e estatocêntrico para uma abordagem panlateral mais abrangente e inclusiva, institucionalmente cooptando atuações, esforços e investimentos de actores que porventura poderiam começar a emergir como potenciais competidores na arena da saúde pública global – podendo possivelmente comprometer a sua própria relevância política. Como notam Rached & Ventura (2017: 9):

“WHO aims to convince the public opinion and a complex set of actors, including its Member States, that its relations with non-State actors are clearly framed. On the other hand, it also offers its donors, which are now mainly the private sector and the philanthropic foundations, the institutionalization of their cooperation”.

Na mesma medida em que Estados-membros criticam e temem uma crescente institucionalização da aproximação e dependência da OMS em relação aos seus outros doadores, as autoridades nacionais ali representadas pouco fazem para reverter este quadro e resgatar o senso tradicional de multilateralismo da organização, nitidamente em processo de

erosão. Por exemplo, no contexto da governação híbrida de Gavi, a OMS é desde já considerada um ator equivalente à BMGF na medida em que esta última “*has a renewable seat alongside traditional international organizations such as the WHO [...]*” (Moran, 2018: 416). Isto revela contemporaneamente uma transição importante no sentido da equiparação e simetria cada vez mais institucionalizada, no âmbito política internacional, entre organizações de naturezas bastante distintas, como é também o caso do Fundo Global. Nele, igualmente, existe um esforço em ampliar a base de participação e de inclusão em suas estruturas de governação das mais diversas partes interessadas da área – governos, fundações filantrópicas, corporações privadas, sociedade civil, entre outros –, divergindo da tendência mais restritiva e governamental das instituições multilaterais de Bretton Woods (Gómez & Atun, 2013).

A ampla interação da organização com actores não-estatais tanto em termos de influxo de recursos financeiros quanto em termos da nítida interferência na prática da governação democrática cotidiana no campo da saúde pública global pouco a pouco consolida a nova condição organizacional da OMS, sensivelmente mais privatizada. As possibilidades de influência, *agenda-setting* ou *agenda-reinforcing* sobre o trabalho global que a organização promove estariam atualmente ao alcance do desembolso de alguns milhões de dólares. Assim, o conceito abrangente de panlateralismo é extremamente coerente tanto com a diversidade de modalidades de relações institucionais que podem ser estabelecidas segundo o *FENSA*, quanto com a multiplicidade de níveis com os quais se pode dialogar (individual, local, nacional e supranacional), quanto com a ampla gama de sectores admitidos de actores não-estatais.

Abaixo, um quadro ilustrativo da tendência de crescente diversificação e pulverização das fontes de recursos observadas contemporaneamente na OMS, aplicando a nomenclatura traduzida de categorias utilizada pela própria OI. Ficam claras as graduais reduções em rubricas-chave como “Contribuições voluntárias de Estados-membros”, “Contribuições compulsórias” e “Contribuições voluntárias ‘core’ (essenciais)” em contraposição ao incremento do aporte financeiro na direção da OI por parte de “Parcerias” (na verdade PPPs, tal como Gavi), “Bancos de desenvolvimento e fundos” (aí incluídos fundos verticais, como é o caso do Fundo Global) e de “Entidades do sector privado”. É preciso notar que a falta de clareza, pormenor e transparência quanto a categorias em ascensão como “Outros” e “Miscelânea” não ajudam nesta análise. Deve-se chamar atenção também para o facto de que qualquer ligeira variação da ordem de 0,5% no contexto desta análise orçamental já representaria hoje uma diferença nada desprezível de mais de US\$30 milhões.

2.2 Distribuição das fontes de financiamento da OMS por categoria, 2016-2017 vs. 2018-2019

Fontes de financiamento	Biênio 2016-2017	Biênio 2018-2019
Contribuições voluntárias de Estados-membros	34,12%	33,49%
Contribuições compulsórias	18,45%	16,16%
Fundações filantrópicas	13,13%	11,71%
Custos com apoio a programas	6,75%	6,68%
ONGs	5,81%	4,78%
Organização das Nações Unidas	5,69%	6,68%
Parcerias	4,63%	7,56%
Contribuições voluntárias 'core' (essenciais)	3,37%	2,26%
Organizações intergovernamentais	2,68%	3,24%
Bancos de desenvolvimento e fundos	2,13%	2,56%
Outros	1,53%	1,68%
Entidades do sector privado	0,99%	1,4%
Governos locais	0,39%	0,32%
Instituições académicas	0,17%	0,16%
Indivíduos (não-OMS)	0,1%	-
Miscelânea	0,05%	0,67%
Indivíduos	0,01%	0,01%
Contribuintes do Quadro <i>Pandemic Influenza Preparedness (PIP)</i>	-	0,63%

Fonte: WHO (2018b)

O termo panlateralismo, como já explorado na secção 1.4.1, concebido aqui como um neologismo oportuno a ser assimilado à literatura científica, serve neste trabalho como um conceito reconhecidamente abrangente para abarcar uma realidade complexa, recente e ainda em constante evolução na qual OIs essencialmente intergovernamentais e multilaterais (ao menos em suas concepções organizacionais originais e em pleno vigor), passam a cada vez mais interagir, trocar, dialogar e cooperar com actores que fogem à lógica restritiva estatocêntrica e governamental. Organizações como a OMS, portanto, passam a admitir o avizinhamiento e a aproximação de actores que, apesar de não terem direito a voto, entre outras atividades, vêm largamente irrigando seus orçamentos com recursos privados e participando, de alguma forma, de definições importantes quanto ao agendamento de temas a

serem mais ou menos priorizados no escopo de trabalho desta agência especializada da ONU, logo, alvo inequívoco de interesse público.

Assim, o conceito de “panlateralismo” visa à superação: 1) do intrínseco estatocentrismo do termo *multilateralismo*, cuja definição invariavelmente depende da ideia de soberania nacional, Estado-nação e governo doméstico; 2) da efemeridade inerente do conceito de *minilateralismo*, cujo significado está relacionado ao caráter informal, elitista, não-vinculante e ainda dependente da figura de Estados no ato do forjamento de parcerias pontuais na política internacional; 3) da exclusividade atribuída a entidades filantrópicas ou a braços de responsabilidade socioambiental de corporações privadas contida em *filantrolateralismo*; e 4) do elevado grau de institucionalização (necessidade de ser juridicamente constituído e formalmente estabelecido) de *polylateralismo* ao estar refém da ideia de “entidade”, ainda que não-estatal – não admitindo, por exemplo, a participação de indivíduos (pessoas singulares, e não pessoas coletivas) nesta dinâmica relacional. Desta forma, dando um pequeno passo além em relação a este último, *panlateralismo* pode ser definido como “a condução de todo o tipo de relações entre entidades oficiais (como Estados, coalizão de Estados ou OIs) e pelo menos um actor não-estatal, reunindo a partir de três partes, numa perspectiva multipropósito, multissetorial e multinível”.

De aplicabilidade ampla, intencionalmente flexível e pronto para tendências futuras, este conceito abarca eficazmente, por exemplo, as transformações notadas e aqui abordadas na composição dos *programme budgets* bianuais da OMS ao fazer uso de recursos financeiros voluntários oriundos de fontes que não as estatais tradicionais. Está apto a incluir tudo e todos, de entidades filantrópicas, corporações privadas, bancos de desenvolvimento, PPPs, ONGs, fundos verticais, instituições académicas, governos locais (prefeituras, províncias, etc), outras agências da ONU até indivíduos, além de outros tipos ou arranjos de entidades ou coalizões de actores que ainda sequer existem. É curioso constatar, por exemplo, que nada impediria os multimilionários Bill Gates e Michael Bloomberg a formalizarem suas doações à OMS a partir de suas contas bancárias pessoais, como pessoas físicas, e não por meio de suas fundações filantrópicas. Se na prática da angariação de recursos pela OMS isto já é possível, o campo teórico-conceitual deve dar conta de acompanhar e refletir esta realidade.

Apesar dos Estados-membros serem as partes interessadas primordiais neste processo bem como os legítimos proprietários da OMS, a OI crescentemente reconhece os actores não-estatais como agentes de um papel crucial, benéfico, ao apoiar seu esforço no sentido do cumprimento do seu mandato constitucional. As preocupações em torno da possibilidade de interferência, velada ou não, no processo deliberativo da OMS adviriam, em princípio, da

suposta falta de transparência e *accountability*, itens de certa forma já endereçados nos esforços reformistas da organização. Não há dúvidas, porém, a respeito do impacto crescente da atuação dessas entidades externas no *modus operandi* da OMS como a conhecemos. Tudo isto acontece pela posição única e proeminente exercida por esta agência especializada:

“WHO can catalyze more effective and coordinated international health cooperation by contributing to the agenda-setting that is clearly needed for international health law. It can establish a key role for itself in catalyzing international agreements and national action by, among other things, institutionalizing a process of identifying priority issues for international legal cooperation and promoting them among relevant constituencies.” (Taylor, 2002: 978)

Se actores não-estatais vêm alcançando um protagonismo cada vez maior neste cenário acima descrito, a categoria das entidades filantrópicas certamente merece grande destaque pelo seu poderio financeiro, influência histórica exercida no campo da saúde e pela sua posição privilegiada de proximidade em relação à OMS. As secções seguintes tratarão de estudos de caso bastante representativos que ilustram como esta OI vem se relacionando com duas das mais proeminentes fundações filantrópicas do mundo: a BMGF e a Bloomberg Philanthropies.

3. O CASO DA BMGF E O INVESTIMENTO NA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE

3.1 A ambição pela oportunidade de erradicação da doença

A poliomielite (pólio) é uma doença viral altamente infecciosa que atinge o sistema nervoso central causando a morte, a paralisia total ou parcial principalmente de bebês e crianças abaixo dos cinco anos de idade. Dos três tipos da doença, o tipo 2 foi oficialmente erradicado em 1999 e o tipo 3 não foi mais encontrado desde o último caso registrado em 2012. A pólio não tem cura e só pode ser prevenida por meio de vigilância sanitária constante e da imunização atempada, seja pela via oral (OPV) ou por meio da vacina inativada (IPV). O tipo 1 está presente hoje somente em dois países endêmicos, que apresentam sérios problemas de saneamento e sistemas de saúde reconhecidamente frágeis: o Afeganistão e o Paquistão.

A tarefa de erradicar permanentemente a doença representa, nas últimas décadas, uma tarefa verdadeiramente global e, desde 1988, a *Global Polio Eradication Initiative (GPEI)* une esforços para coordenar a maior PPP internacional em prol da saúde pública da história. No contexto de sua criação, eram 125 países afetados e mais de 350 mil jovens infectados todos os anos. Desde então, houve uma redução de 99% dos casos mundialmente, fazendo com que regiões inteiras do globo fossem certificadas como livres da pólio. Em 2011, a Índia (país com uma densidade demográfica e uma carga epidemiológica muito significativas) foi declarada livre da doença. Em 2016, foram apenas 40 casos reportados em todo o mundo – os números declinantes dos últimos anos são igualmente animadores. Em 2017, a Nigéria foi considerada também livre do tipo 1 do vírus, representando o último caso no continente africano. Autoridades nacionais, a OMS, a *Rotary International*, o *US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, bem como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a BMGF vêm liderando esta rede de colaboradores e profissionais de saúde em torno da *GPEI* e conseguiram vacinar mais de três mil milhões de crianças nos últimos 20 anos (Gates Foundation, 2018b; WHO, 2017c; WHO, 2018j).

Até hoje, porém, depois de tantos avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde, a humanidade só conseguiu erradicar a varíola, em 1977, o que faz da poliomielite a segunda enfermidade da história passível de ser extinta pela espécie humana por meio da vacinação. Isto acaba gerando uma oportunidade única na história, além de uma concentração sem precedentes de energia, recursos e ansiedade por parte das autoridades, entidades e organizações envolvidas no sentido de superar permanentemente este desafio. Apesar do enorme progresso observado, qualquer falha na prevenção e controle do contágio da doença

pode representar um retrocesso colossal. Desde 2008, mais de 20 países registraram surtos de pólio (alguns deles, múltiplas vezes), o que eleva as atenções e tensões em torno de um possível ressurgimento da doença. O elevado custo para a sustentação local de campanhas de imunização e de vacinação de rotina, riscos de segurança para profissionais de saúde, assim como barreiras geográficas e culturais continuam a constituir sérios obstáculos para que se alcance crianças ainda não vacinadas (Gates Foundation, 2018b).

Em 2018, o Conselho Executivo da OMS revisou e a AMS aprovou o *Thirteenth General Program of Work (GPW13)*, válido para o período entre 2019 e 2023. No documento, que serve como um plano de trabalho a ser seguido durante o próximo quinquênio, a organização se propõe a priorizar continuamente esta força-tarefa global mesmo depois de um potencial sucesso a ser alcançado nos próximos anos: “*WHO will continue its undivided commitment to the eradication of polio, making sure that the world is kept polio-free and that gains made with the implementation of polio eradication activities are not lost in the post-polio transition process*” (WHO, 2018k: 16).

3.2 A aproximação entre a OMS e a BMGF

Desde a sua criação, no ano 2000, a BMGF já destinou à OMS um total estimado de US\$2,4 mil milhões, sendo US\$618,656 milhões (porção superior a um quarto deste montante) apenas no último biénio de 2016-2017 (Politico, 2017; WHO, 2018b). Em termos gerais, sem tomar a OMS como referência, a entidade desembolsou somente em 2017, US\$3,3 mil milhões globalmente direcionados à assistência para o desenvolvimento em saúde, representando um aumento de 6,6% em relação aos investimentos do ano anterior para a mesma área (IHME, 2017: 37). Basta dizer que, financeiramente, a BMGF é mais significativa e se sobrepõe à própria OMS (Moran, 2014: vii). Estruturada em três divisões – *Global Health*, *Global Development* e *Global Policy & Advocacy* – a Fundação baseada na cidade estadunidense de Seattle tem sido o centro das atenções pelo seu poderio financeiro impressionante e pela influência política incomensurável que exerce não apenas na OMS, mas em todo o âmbito do sistema ONU, bem como em fóruns internacionais ao ponto de seu fundador Bill Gates ser tratado como se fosse um legítimo chefe de Estado. Segundo Moran (2018: 415), “[...] *the most influential philanthropic actor in contemporary global health is, without a doubt, the Gates Foundation – a private actor whose material influence remains unparalleled in global governance*”.

A maior doadora privada da OMS, sendo o segundo maior desembolsador de recursos financeiros em termos gerais situado entre os EUA (primeiro lugar) e o Reino Unido (terceiro

lugar), a BMGF poderia vislumbrar porventura uma posição de ainda maior destaque neste contexto num futuro muito próximo diante precisamente de movimentos e ímpetos anti-globalistas, como são reconhecidos contemporaneamente tanto o governo de Donald Trump quanto o fenómeno do Brexit. Estes desenvolvimentos recentes acarretariam muito possivelmente em alguma retração das atividades de suas agências de cooperação bem como das verbas públicas a serem destinadas a OIs. Vale mencionar também, no contexto da aproximação institucional entre BMGF e OMS, a existência do grupo informal conhecido como “*Health 8*” (ou H8) criado em 2007 por oito organizações vinculadas à agenda da saúde no sentido de fortalecerem as respostas institucionais às questões mais urgentes no cenário global (SEARO, 2019). Da coalizão formada por OMS, UNICEF, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), UNAIDS, Banco Mundial, BMGF, Gavi e Fundo Global, apenas os últimos três actores não pertencem ao sistema ONU e/ou não representam instituições intergovernamentais de Bretton Woods. Há ainda o agravante de que Gavi e o Fundo Global simplesmente não existiriam hoje se não fosse pela vontade política e financiamento expressivo da BMGF no início dos anos 2000, como já abordado anteriormente.

Fato é que a gradual e mútua aproximação entre esta entidade filantrópica e a OMS vem sendo alvo de sucessivos questionamentos na medida em que as prioridades de Gates parecem tornar-se progressivamente as da OI, possivelmente distorcendo as reais demandas em saúde pública no mundo e desviando, ainda que de forma sutil, a missão da OMS, minando possivelmente sua autoridade. Como reconhece Moran (2018: 410), “*actors such as the Bill and Melinda Gates Foundation [...], while lacking formal authority (and legitimacy), can command significant influence by virtue of their material resources and role in nurturing, developing, structuring, and shaping international public policies*”. É notável que a relação transcende o mero fluxo de financiamentos, a simples relação institucional de longo-prazo e o exercício cada vez maior de influência decisória e programática. No contexto da relação estabelecida entre OMS e BMGF, Kimberley (2014) é categórica ao afirmar que:

“Private philanthropy is inherently undemocratic. It is a top down driven process in which the wealthy individual tells the recipient what they will and will not do. [...] the Gates Foundation, Bill & Melinda Gates, do not believe in the public sector, they do not believe in a democratic, publicly owned, publicly accountable system.”

Seitz & Martens (2017: 49) vão além:

“The Gates Foundation exerts influence on the UN policy not only through their direct grant-making but also through the placement of Foundation staff in decision-making bodies of international organizations and global partnerships. Three top-level secondments to the WHO have currently Gates Foundation connections. [...] Through these different channels, the Gates Foundation influenced priority setting in the WHO and the political shift towards vertical health funds.”

Em 2005, 2011 e 2014, por exemplo, a BMGF foi formalmente convidada a ter falas durante as cerimónias de abertura das AMSs em Genebra, apesar do fórum deliberativo e âmbito decisório mais relevante da OMS prever legalmente a participação apenas de representantes de Estados (Rached & Ventura, 2017: 6). Em paralelo, se entre 2012 e 2015, a OMS teve 37 destacamentos de profissionais provenientes de variados actores não-estatais, chama a atenção o empréstimo de um funcionário da BMGF para ocupar cargo de alta gestão “P5” na iniciativa de erradicação da pólio dentro da OI. Pierre Grand, que hoje desempenha a função de *Senior Advisor* no escritório europeu da Fundação em Berlim, foi responsável por gerir e garantir a integridade de dados financeiros e de recursos humanos da *GPEI*, dentro da OMS, entre 2013 e 2015 (Gates Foundation, 2018c; Seitz, 2016: 2; TWN, 2015). Segundo Rached & Ventura (2017: 9), o recrutamento de membros da BMGF para ocuparem cargos de direcção e liderança na OMS tem se tornado sistemático.

Neste contexto, a lógica por trás de contribuições voluntárias focalizadas é a de que doadores têm a prerrogativa prevista e regulamentada de selecionarem e priorizarem programas nos quais desejam investir, ainda que a OMS os encoraje formalmente a contribuírem crescentemente de forma flexível, para o orçamento *core*, sem vinculações prévias. Fato é que, no entanto, a BMGF e tantos outros actores não-estatais fazem com que a implementação de programas por parte da OMS ficar à mercê da visão dessas entidades e não das reais necessidades em saúde pública observadas globalmente. O movimento observado é *top-down*, e não *bottom-up*. Como observa Kerouedan (2016: 67), “se a saúde mundial passou a ser governada por Bill Gates, então não há chance alguma de que ela seja global: sua filantropia não se irradia além de algumas patologias infecciosas”. O mais importante actor não-estatal no campo da saúde pública global se defende: Os Presidentes das divisões de *Global Health*, Trevor Mudel, e *Global Development*, Chris Elias, além do Diretor Executivo das equipas de Desenvolvimento da Agricultura, Serviços Financeiros para Populações Desfavorecidas, Equidade de Género e Água, Saneamento e Higiene, Rodger Voorhies, notam que:

“Some have suggested that our funding distorts WHO’s mission, focusing it on a narrow group of infectious diseases rather than the broader interests of its member states. But the Global Polio Eradication Initiative [...] and the global fight against AIDS, TB and malaria are priorities that were established by WHO’s member states long before the foundation was created and long before the foundation became significant funder of global health efforts. So, we don’t see our investments in these priority areas as driving the WHO agenda. Rather we see them as helping WHO close significant funding gaps and deliver on the ambitious goals that its member states created” (Devex, 2018).

Chris Elias reforça que:

“The Gates Foundation provides the World Health Organization with funding to help it achieve global health goals that have been approved by its member states. These include global polio eradication and ending preventable child deaths. Formalizing our relationship with WHO under the framework that it has adopted for working with NGOs creates clear norms and guidelines for our ongoing support” (IP-Watch, 2017).

Críticos da parceria e grupos defensores de interesses públicos no campo da saúde também apontam na direção da origem dos recursos desembolsados pela BMGF, já que o fundo privado de investimento no qual a entidade mantém o seu dinheiro sustentaria posições de compras de ações de empresas da indústria alimentícia, de bebidas alcoólicas e demais produtos que poderiam promover aumentos em taxas de incidência de doenças não-transmissíveis (crônicas), por exemplo. Isto alegadamente iria de encontro ao que é apregoado pela OMS em termos da preservação da saúde humana, representando um suposto conflito de interesses. A BMGF se defende afirmando que o fundo privado responsável pelo gerenciamento dos investimentos e alocação de recursos ociosos para que tenham alguma rentabilidade no tempo é uma entidade totalmente separada. Além disso, acusações incidem ainda sobre um quarto de todos os recursos financeiros mobilizados pela Fundação que é proveniente da holding Berkshire Hathaway do empresário Warren Buffett, que mantém investimentos em ações de companhias, por exemplo, como Coca-Cola e Kraft Heinz. Estes pontos foram incluídos numa carta endereçada ao Conselho Executivo da OMS que chama a atenção das autoridades para questões não tão visíveis nesta dinâmica de relação. Soluções

baseadas em engenharia genética e investimentos em companhias como Monsanto e Bayer também são vistas com ceticismo por muitos (The Guardian, 2016; IP-Watch, 2017). A advertência de que *“the Gates are not alone in using their deep pockets to confound what should be publicly held responsibilities”* parece ser verdadeira (Kimberley, 2014).

Apesar de se enquadrar legalmente na modalidade de participação número cinco prevista no *FENSA*, sob a qual actores não-estatais participam via “colaborações técnicas, incluindo desenvolvimento de produtos, atividades de formação, cooperações operacionais em resposta a emergências ou contribuição para implementação de políticas da OMS” (com ênfase nestas duas últimas sub-modalidades), o apoio provido pela BMGF sobretudo ao *GPEI* liderado pela OMS pode ser interpretado de formas alternativas. Analistas observam novamente que *“through the sheer size of their grant-making, personal networking and active advocacy, large global foundations have played an increasingly active role in shaping the agenda-setting and funding priorities of international organisations and governments”* (Martens & Seitz, 2015: 5-6; WHO, 2016e: 9). Os mesmos autores notam que:

“Governments, international organizations and CSOs should take into account the diversity of the philanthropic sector and assess the growing influence of major philanthropic foundations, and specially the Bill & Melinda Gates Foundation, on political discourse and agenda-setting. They should analyze the intended and unintended risks and side effects of their activities, particularly the fragmentation of global governance, the weakening of representative democracy and their institutions (such as parliaments), the unpredictable and insufficient financing of public goods, the lack of monitoring and accountability mechanisms, and the prevailing practice of applying the business logic to the provision of public goods” (Martens & Seitz, 2015: 66).

Toda esta análise oferece elementos contundentes no estabelecimento de uma relação causal bastante clara entre o cofinanciamento de actores privados não-estatais em geral, e por parte do maior deles (a BMGF) em específico, e o poder de influência e/ou interferência exercido sobre o agendamento de novas questões, ou ainda o reagendamento (para mais ou para menos) de questões já previamente existentes, em meio à composição orçamental, ao escopo de trabalho e à pauta de prioridades da OMS. Estas entidades exógenas teriam, portanto, a capacidade de promoverem *agenda-setting* ou *agenda-reinforcing* mesmo estando de fora e mesmo não integrando o ambiente estritamente governamental e público da OI.

3.3 A área programática da erradicação da pólio (GPEI) na OMS

Como já expresseo ao longo desta secção, a prioridade máxima da BMGF em sua relação com a OMS tem sido inegavelmente, nas últimas décadas, a erradicação mundial da pólio. Em 2016-2017, a Fundação destinou US\$382,9 milhões ao GPEI liderado pela OMS, representando quase um terço (30,98%) de todo o orçamento programático da OI no último biénio. Do ponto de vista da Fundação, de todo o seu investimento na OMS, 64,5% teve como destino o GPEI neste período, o que evidencia muito claramente a obstinação e determinação desta entidade filantrópica em deixar o seu legado ao contribuir de forma decisiva e crucial para o alcance deste facto histórico não apenas no âmbito da saúde, mas da trajetória humana como um todo (Devex, 2018; WHO, 2018b). No biénio atual de 2018-2019, a Fundação se comprometeu com 56,5% do total de US\$586,942 milhões destinados à OMS, ou seja, um montante próximo de US\$331,622 milhões alocados para esta área programática de forma focalizada, específica e inflexível (WHO, 2018b). Neste contexto, a BMGF se notabilizou nos últimos anos por investimentos feitos no desenvolvimento e aperfeiçoamento de vacinas, em sistemas de informação geográfica em áreas remotas, além de apoiar o planeamento de campanhas, bem como o estabelecimento de centros operacionais de emergência nos países ainda endémicos (Gates Foundation, 2018b).

Facto é, porém, que a erradicação da pólio vem representando uma fatia demasiadamente inflada e superdimensionada do orçamento total da OMS, beirando um terço de tudo que é executado globalmente. É justo e razoável que uma organização privada sem fins lucrativos como a BMGF tenha suas preferências, prioridades e estudos baseados em dados e evidência científica que apontem nesta direção – a opinião pública não teria razão ao incidir aí. Mas é sem dúvidas intrigante e preocupante o efeito notável da aproximação da Fundação em relação da OMS ao distorcer gradualmente seu escopo público de trabalho, seu mandato constitucional e ao desequilibrar os esforços que deveriam ser, em princípio e minimamente, proporcionais às questões de saúde pública global que assolam a população mundial e reflexivos da vontade soberana de Estados-membros que devem honrar o interesse de seus cidadãos-contribuintes. Corre-se o claro risco da OI negligenciar outras áreas subfinanciadas. Em todo o caso, a atual tendência parece ser coerente com a visão de 2010 da ex-DG Dra. Margaret Chan: *“The amount of money allocated to a programme or a problem should not be a symbol of the importance of the programme or the size of the problem. Instead, the amount should be governed by WHO’s capacity to deliver results”* (WHO, 2010: 6). Como relata a publicação europeia da revista ‘Politico’:

“Polio eradication is by far WHO’s best-funded program, with at least \$6 billion allocated to it between 2013 and 2019, in great part because around 60 percent of the Gates Foundation’s contributions are earmarked for the cause. Gates wants tangible results, and wiping out a crippling disease like polio would be one. But the focus on polio has effectively left WHO begging for funding for other programs, particularly to prop up poor countries’ health systems before the next epidemic hits.” (Politico, 2017)

Diante destes desenvolvimentos recentes, o apelo transversal de fortalecimento de sistemas públicos de saúde globalmente acaba por ficar em segundo plano na OMS, por exemplo. Aquilo que seria a escolha de investimento de inúmeros especialistas em saúde pública e autoridades de Estados parece ser deixado de lado em função do ímpeto sem precedentes para erradicar uma única doença infecciosa em caráter definitivo. Como observam Seitz & Martens (2017: 48), *“some philanthropic foundations, like the Gates Foundation, favour problem-oriented interventions that produce fast results. However, by focusing on quick-win approaches, [...] they tend to underestimate the relevance of structural and political obstacles to development (e.g. weak public health systems)”*. A interferência da BMGF no agendamento de políticas públicas internacionais de saúde pela OMS é, neste sentido, proporcional ao tamanho da entidade e à dimensão do investimento que ela oferece. Corroborando esta ideia: *“In WHO, the larger donors can implant their preferences, and their influence has grown with the increase in earmarked funding”* (Browne, 2017: 43).

A grande consequência do padrão de relação e investimento adotados por este actor não-estatal foi aparentemente a subestimação da necessidade em se investir holística e continuamente na capacitação e formação de profissionais de saúde locais, na aquisição e implantação de uma infraestrutura básica de atendimento para populações carentes e uma atenção voltada para a prevenção, controle e vigilância sobre doenças transmissíveis e não-transmissíveis: *“Rather than focusing on strengthening health care in poor countries [...] the agency spends a disproportionate amount of its resources on projects with the measurable outcomes Gates prefers, such as the effort to eradicate polio”* (Politico, 2017).

Estas críticas e clamores vêm despertando, por outro lado, uma reação institucional espontânea e retificadora na OMS na medida em que a OI já reconhece em alguns documentos mais recentes, pelo menos retoricamente, a demanda por maior proporcionalidade nos investimentos realizados na execução dos orçamentos programáticos e

maior atenção dedicada à prontidão e resiliência de sistemas de saúde em países em desenvolvimento:

“The financing of the polio programme and the implications of the eventual completion of the Global Polio Eradication Initiative pose a special challenge for WHO. [...] Efforts are under way to ensure that functions essential to maintaining a polio-free world after eradication are mainstreamed into continuing public health programmes, to ensure that the lessons learned from polio eradication activities are shared with other health initiatives, and to plan the transfer of capabilities, assets and processes in order to support other health priorities.” (WHO, 2018g: 12)

A OMS reforça que:

“As the world approaches the eradication of polio, certain functions essential to maintain a polio-free world will have to be sustained. Moreover, polio programmes have helped to strengthen health systems and these wider gains must be maintained as the polio programme is being ramped down. Essential functions currently supported by polio funds should be integrated into a broader health effort (for example, integrated disease surveillance, outbreak preparedness and response systems and poliovirus containment will need to be absorbed into other biosafety and bio security efforts). [...] WHO will continue to play a critical role in the execution and coordination of these functions, particularly in States with fragile and failed health systems where substantial polio resources were deployed and contributed to strengthening the overall health system.” (WHO, 2018k: 23).

Diante desta realidade, mais do que influir na definição abrupta do agendamento da erradicação da poliomielite como medida a ter primazia na OMS, a BMGF vem reforçando uma agenda que já era priorizada no campo da saúde pública há décadas. Assim, estes desenvolvimentos são mais bem caracterizados como um caso de *agenda-reinforcing* do que *agenda-setting* na OMS. A grave desproporcionalidade percebida no biênio passado, no qual 36,7% do orçamento foi direcionado para esta área, parece ter gerado lições e, no atual biênio de 2018-2019, esta fatia foi reduzida para cerca de 26,4%, contando com recursos aprovados que somam US\$1,252 mil milhões (WHO, 2018b). Ainda que o retrato do *programme budget* da OMS nem de longe reflita os problemas do mundo, isto já representa um avanço.

4. O CASO DA BLOOMBERG PHILANTHROPIES E O FINANCIAMENTO PARA ELABORAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE RELATÓRIOS TEMÁTICOS

4.1 A relação da OMS com a Bloomberg Philanthropies

Fundada em 2006, a Bloomberg Family Foundation Inc., mais conhecida como Bloomberg Philanthropies, é guiada pelo espírito empreendedor e pela experiência em políticas públicas do empresário do ramo financeiro e ex-prefeito de Nova York por três mandatos (2002-2013), Michael R. Bloomberg. Remete a este último cargo a origem da parceria com a OMS. Adotando uma abordagem pragmática, baseada em dados empíricos, para apoiar processos decisórios internos a serem aplicados a questões de saúde pública, ambiente, educação, inovação em gestão governamental, artes e cultura, a entidade filantrópica é entusiasta de PPPs para solucionar problemas de impacto local que apresentem potencial de escala global. Até hoje, Mike Bloomberg já doou, por meio da sua Fundação, mais de US\$6 mil milhões para uma variedade de causas e organizações. Em 2017 isoladamente, a Bloomberg Philanthropies distribuiu US\$702 milhões. Seu património pessoal é estimado atualmente em US\$50 mil milhões e Mike já assumiu um compromisso público de destinar mais de metade deste valor para sua obra filantrópica (Bloomberg, 2018a).

Já há mais de uma década, portanto, nas palavras da própria OI, “a OMS trabalha próxima à Bloomberg Philanthropies em uma gama de iniciativas, incluindo saúde baseada em dados e a iniciativa para redução do uso do tabaco”, a ponto de Mike ter recebido a recém-instituída Medalha OMS, em maio de 2017, por seus anos de serviços prestados em prol da saúde pública, em especial do combate a doenças não-transmissíveis e esforços para a redução de acidentes e lesões preveníveis (WHO, 2017d). No âmbito filantrópico e voltado para a saúde pública, a Bloomberg Philanthropies é também responsável pela doação de US\$100 milhões à *GPEI* da OMS em colaboração com a BMGF. As duas entidades também trabalham juntas, entre outras iniciativas, no combate ao tabagismo e em torno de projetos de planejamento familiar (Yahoo, 2013).

Bem distante porém das cifras alcançadas pela BMGF na sua relação com a OMS, a entidade desembolsou recentemente US\$16,152 milhões em 2014-2015, US\$13,777 milhões em 2016-2017 e se comprometeu com US\$23,131 milhões de investimento em 2018-2019, sendo que as proporções observadas do último biênio – de cerca de dois terços destinados à área programática de violência e lesões e os restantes um terço, a doenças não-transmissíveis (crônicas) – acabou curiosamente sendo invertido no biênio atual. Todos os recursos financeiros da entidade foram alocados historicamente de forma *earmarked* (WHO, 2018b).

Apesar de se enquadrar formalmente na modalidade de participação número três prevista pelo *FENSA*, sob a qual actores não-estatais colaboram via “compilação, análise, geração, compartilhamento ou publicação de conteúdo, evidência científica, informações acerca de questões técnicas e conhecimento em geral”, é notório que a evidência científica compilada, apresentada e disseminada na forma de recomendações e padrões estabelecidos pela OMS, com todo o peso de sua autoridade técnico-normativa, tem influência incomensurável na formulação e assimilação de políticas de saúde nacionais (Rached & Ventura, 2017: 8; WHO, 2016e: 9). Como observa Seitz (2016: 2), “*funding selected research initiatives is another way of influencing policies at UN level and shaping the discourse*”. Deste modo, idealmente, seria imprescindível mantê-las intocadas pelos interesses e agendas de actores não-estatais com os quais a OI interage e colabora oficial ou extraoficialmente.

Neste sentido, a publicação frequente de relatórios pela OMS por meio de financiamento focalizado de entidades externas, como é o caso do apoio específico da Bloomberg Philanthropies, constitui uma prática que merece atenção e problematização quanto à real autonomia desta OI ao emanar conteúdo técnico e também quanto aos efeitos que este tipo de financiamento acarreta em meio a outras prioridades de saúde pública em pauta na OMS. Suspeitas de que há incidência de influência e/ou interferência de visões institucionais externas infiltrando um terreno público, intergovernamental que se pretende absolutamente neutro, científico e imparcial devem ser sistematicamente discutidas na medida em que isto potencialmente contamina e desequilibra o volume de recursos alocados internamente e os esforços conjuntos mobilizados em prol das doenças não-transmissíveis e lesões e fatalidades causadas por acidentes, que nomeadamente são de responsabilidade do *Department of Management of Non-Communicable Diseases (NCDs), Disability, Violence and Injury Prevention (NVI)*, dentro da estrutura organizacional da OMS.

Contendo a insistente frase “*made possible by/through funding from Bloomberg Philanthropies*” em suas contracapas, o conjunto de relatórios publicados com a colaboração ativa sempre de dois a quatro integrantes da entidade filantrópica (que geralmente participam dos processos de edição e revisão) estão certamente em linha com as estatísticas mais recentes de mortalidade e de transição epidemiológica (de doenças transmissíveis para doenças não-transmissíveis e acidentes) sobretudo de países em desenvolvimento. Contudo, o patrocínio declarado da fundação de Mike Bloomberg aplicado a estes documentos revela uma inequívoca tendência de *agenda-setting* ou *agenda-reinforcing* por parte da Bloomberg Philanthropies sobre o trabalho de escopo global da OMS e sobre questões de interesse público que não deveriam estar sujeitos a preferências de actores privados, por mais bem-

intencionados que sejam. Basta pensar que se não houvesse um cêntimo vindo de fora, a OMS não agiria por iniciativa própria para elaborar e disponibilizar tal volume de conteúdo técnico de modo a dialogar com governos e recomendar aprovações ou adaptações de legislações que versam sobre prevenção de afogamentos e de acidentes rodoviários e sobre o combate ao tabagismo, por exemplo. Abaixo, analisa-se este padrão recente a partir de três exemplos empíricos da relação estabelecida entre a Bloomberg Philanthropies e a OMS.

4.2 A publicação de relatórios pela OMS com financiamento / patrocínio da Bloomberg Philanthropies

4.2.1 Prevenção de afogamentos

A Bloomberg Philanthropies iniciou seu programa de prevenção de afogamentos em 2012, assumindo o compromisso público de investir US\$25 milhões para expandi-lo progressivamente. A preocupação é coerente com os números apurados pela OMS que indicam que 360 mil pessoas, incluindo 60 mil crianças abaixo dos cinco anos de idade, são vítimas de afogamentos todos os anos – uma carga semelhante a doenças como diarreia e sarampo nas décadas de 1970 e 1980. 90% das mortes registadas situam-se em países de baixo e médio rendimentos e 60% da carga global de fatalidades decorrentes afogamentos incide sobre a faixa da população abaixo dos 30 anos de idade. A entidade filantrópica apoia atividades de prevenção de afogamentos em países como Bangladesh, Vietnam e Uganda, incluindo a supervisão de crianças em infantários, instruções de natação em situações de sobrevivência na água para jovens de seis a 15 anos, além do aprimoramento da coleta de dados a este respeito (Bloomberg, 2018b; Philanthropy News Digest, 2017).

Neste contexto, em novembro de 2014, foi publicado um relatório de 59 páginas que caracteriza a questão como um problema negligenciado de saúde pública e propõe dez ações que comprovadamente previnem este tipo de acidente. O documento *“Global Report on Drowning – Preventing a Leading Killer”* foi posteriormente complementado em 2017 por um guia de 105 páginas chamado *“Preventing Drowning: na Implementation Guide”*, com orientações práticas passo-a-passo para a implementação de políticas públicas e boas práticas em torno da promoção de segurança em meio aquático em âmbito local, nacional e global. Na secção de reconhecimentos, a OMS faz agradecimentos formais à entidade responsável por financiar as publicações: *“Finally the World Health Organization wishes to thank Bloomberg Philanthropies for its generous financial support for the development and publication of this*

report” (WHO, 2014b: iv; WHO, 2017e: vi). A então DG da OMS Dra. Margaret Chan, interpreta assim o primeiro relatório:

“[...] is the first World Health Organization report dedicated exclusively to drowning – a highly preventable public health challenge that has never been targeted by a global strategic prevention effort. This report aims to change this. It sets out current knowledge about drowning and drowning prevention, and calls for a substantial scaling up of comprehensive efforts and resources to reduce what is an intolerable death toll, particularly among children and adolescents.” (WHO, 2014b: iii).

O documento foi lançado num evento na sede da OMS em Genebra e contou com falas tanto de Michael Bloomberg (exibida em vídeo) quanto de Patricia Harris, CEO da Bloomberg Philanthropies, que reforçaram a necessidade de se investir neste tipo de intervenção até então considerada não-usual no escopo de trabalho da OMS. Além dessas duas lideranças, participaram do painel de discussões o presidente da *International Live Saving Federation (ILS)*, Justin Scarr, e o diretor da Unidade de Pesquisa Internacional sobre Lesões da *Johns Hopkins School of Public Health (JHSPH)*, Adnan Hyder (WHO, 2014b; WHO, 2014c). Isto chama bastante a atenção já que ambas as organizações têm parcerias prévias muito bem estabelecidas com a Bloomberg Philanthropies e ambos os representantes citados fizeram parte dos comitês editorial e consultivo para a confecção do relatório da OMS.

Especificamente sobre a *JHSPH*, o vínculo do célebre ex-aluno com a Universidade Johns Hopkins é de tal modo longeva e profunda que sua Escola de Saúde Pública acabou por ser rebatizada em sua homenagem no ano de 2001, passando a chamar-se *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*. Além disso, o filantropo já desembolsou mais de US\$3,3 mil milhões em doações ao longo de 50 anos para a universidade, o que faz de Mike o mais generoso indivíduo ainda em vida a contribuir para qualquer instituição de ensino nos EUA (ILS, 2017; ILS, 2013; JHSPH, 2001; The New York Times, 2013). Não se pode afirmar com toda a certeza que a elaboração do(s) relatório(s) foi algo imposto ou barganhado pela Bloomberg Philanthropies junto à OMS em contrapartida pela sua contribuição financeira. Contudo, a própria precedência de dois anos do programa interno da entidade filantrópica em relação às publicações da OMS leva a crer que houve claramente uma influência direta sobre o *agenda-setting* da OI no sentido de dar maior visibilidade a uma causa antes negligenciada ou tida como desimportante no campo da saúde pública global.

4.2.2 Prevenção de acidentes rodoviários

A Bloomberg Philanthropies tem um compromisso assumido de desembolsar US\$259 milhões ao longo de 12 anos, não exclusivamente à OMS, para implementar intervenções que comprovadamente possam reduzir fatalidades e lesões causadas por acidentes de trânsito em países em desenvolvimento. Hoje, 85% dos países ainda carece de legislações satisfatórias para evitar que 1,35 milhões de mortes (90% em países de baixo e médio rendimentos) e 50 milhões de lesões decorrentes deste tipo de acidente ocorram todos os anos. A Fundação de Mike Bloomberg vem trabalhando por meio de parcerias, de análise de dados e de apoio a ações de governos locais e nacionais para avançar intervenções comportamentais (como o uso de cinto de segurança por condutores e de capacetes por motociclistas), de infraestrutura, de sistemas de transporte de massa, de estabelecimento de padrões veiculares e de fortalecimento de políticas públicas nesta área (Bloomberg, 2018d).

Em 2004, antes mesmo da criação da entidade filantrópica, a OMS lançou um primeiro relatório temático dedicado à prevenção de acidentes rodoviários chamado “*World report on road traffic injury prevention*”, cobrindo recomendações, estratégias de intervenção e pré-requisitos fundamentais para se promover a segurança no trânsito e mitigar factores de risco globalmente. Desde então, foram quatro documentos robustos publicados, além de outras publicações periféricas, todos com apoio financeiro da Bloomberg Philanthropies: em 2009 (287 páginas); 2013 (303 páginas); 2015 (74 páginas); e 2018 (403 páginas). O relatório mais recente intitulado “*Global Status Report on Road Safety 2018*”, além de conter as já habituais menções e agradecimentos ao financiador, apresenta prefácios de igual dimensão tanto do DG da OMS Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus quanto do fundador da Bloomberg Philanthropies e Embaixador Honorário Global da OMS para Doenças Não-Transmissíveis em exercício Michael Bloomberg. Quatro membros da entidade filantrópica colaboraram na confecção do documento (WHO, 2018l: vi-x).

A frequência da publicação desses relatórios nos últimos tempos tem como propósito acompanhar o progresso das estatísticas mundialmente, pressionar pela aceleração de intervenções governamentais e promover a Década de Ação pela Segurança Rodoviária (2011-2020), diante da qual chefes de Estado e de governo de todo o mundo se comprometeram a reduzir pela metade o número de mortes por acidentes de trânsito em seus países, em linha com metas estabelecidas nos ODS da ONU. O volume da incidência política da Bloomberg Philanthropies na última década em torno do tema parece ter influenciado inclusive o *GPW13* da OMS que apela expressamente pela implementação de medidas custo-efetivas e de alto impacto na prevenção de acidentes rodoviários nos próximos anos (WHO,

2018k: 27). A parceria, devidamente abraçada pelo *FENSA*, parece estar rendendo bons frutos e há optimismo no horizonte. Nas palavras de Mike Bloomberg:

“Overall, we have made important policy progress since WHO issued its last road safety report in 2015. Twenty-two countries have amended their road safety laws, bringing them in line with best practices. These laws cover more than one billion people, or 14% of the world’s population.” (WHO, 2018l: ix)

Diferente do primeiro caso de *agenda-setting* abordado acima, relativa à prevenção de afogamentos, pode-se afirmar que a conjugação de esforços entre Bloomberg Philanthropies e OMS em torno da prevenção de acidentes rodoviários representaria um caso de *agenda-reinforcing* na medida em que a OI já tinha precedência de pelo menos cinco anos na atenção prestada a esta questão. Isto exemplifica como actores não-estatais, tais como as fundações filantrópicas, não necessariamente estão interessadas de introduzirem ou posicionarem novos temas na agenda da OMS, mas também reforçarem outros já existentes dentro do seu escopo de trabalho. Inéditas ou não, as áreas temáticas priorizadas seguem sendo alvo de aportes financeiros desproporcionais e têm sua dimensão alavancada por nítida influência e interferência externas oriundas de actores privados, e não por iniciativa de Estados-membros.

4.2.3 Combate ao tabagismo

Desde 2006, a Bloomberg Philanthropies comprometeu-se a doar aproximadamente US\$1 mil milhão para a causa da redução do tabagismo em países emergentes (Bloomberg, 2018e). A criação de espaços públicos livres de cigarros, o banimento de propaganda de empresas de tabaco, a elevação de impostos sobre produtos desta natureza, a inclusão de conteúdos gráficos de alerta em suas embalagens e a promoção de campanhas de amplo alcance sempre estiveram na agenda da entidade. Durante a 17^a Conferência Mundial sobre Tabaco ou Saúde, em março de 2018, a Fundação de Mike Bloomberg anunciou inclusive o lançamento de uma arrojada iniciativa intitulada *STOP – Stopping Tobacco Organizations and Products* –, uma espécie de órgão de vigilância constante que monitorará as práticas enganosas nesta área que possam ser nocivas à saúde pública (WHO, 2018e).

Por sua vez, diante da incidência colossal de doenças cardíacas, cancro de pulmão e outros problemas cardiorrespiratórios causando milhares de mortes prematuras mundo a fora, a OMS dá à questão o estatuto de epidemia (WHO, 2017f). Desde 2003, portanto, a *Tobacco Free Initiative (TFI)* é o departamento dentro da OMS responsável por acompanhar a

implementação do *WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* em diálogo e articulação com autoridades nacionais e a sociedade civil organizada. Desde 2008, a OI promove exaustivamente o pacote de medidas por ela idealizado e proposto conhecido como *MPOWER – Monitor (tobacco use and prevention policies); Protect (people from tobacco smoke); Offer (help to quit tobacco use); Warn (about the dangers of tobacco); Enforce (bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship); Raise (taxes on tobacco) –*, que constitui o “padrão ouro” técnico-normativo vigente na atualidade para o controle da epidemia do tabaco. Na mesma medida em que fortalece a execução do *WHO FCTC*, a estratégia, de efetividade comprovada e aplicabilidade global, fornece um arcabouço simplificado de políticas públicas e boas práticas a serem adotadas e implementadas por governos em todo o mundo.

Neste sentido, o relatório intitulado “*WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017 – Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies*”, de 263 páginas, apresenta dados alarmantes sobre o consumo de tabaco. Entre eles, espanta a estatística de que a epidemia causa aproximadamente de sete milhões de mortes anualmente (WHO, 2017f). O documento foi lançado pela OMS em julho de 2017 durante uma conferência de imprensa em torno do Fórum Político das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável em Nova York e novamente inclui prefácios equivalentes do DG Tedros Adhanom Ghebreyesus e de Michael Bloomberg (WHO, 2017f: 13-15; WHO, 2017g). Tendo o aniversário de 10 anos das medidas *MPOWER* como pano de fundo, a publicação dá mais um passo adiante no estreitamento de laços entre a OI e o actor não-estatal em questão. O apoio irrestrito da Bloomberg Philanthropies em torno da abordagem que completou uma década se manifesta, por exemplo, na cerimónia de premiação anual organizada pela entidade filantrópica que reconhece o mérito de governos nacionais e demais organizações ao implementar uma ou mais medidas previstas no seu escopo, apropriando-se da sigla cunhada pela OMS ao ponto de o evento ficar extraoficialmente conhecido como *MPOWER Awards* – seu nome oficial é *Bloomberg Philanthropies Awards for Global Tobacco Control* (Bloomberg, 2018f; WCTOH, 2018).

Outra simbiose institucional curiosa que mistura as esferas pública e privada neste âmbito da parceria diz respeito às duas linhas de financiamento (*grants program*) concedidas pela Fundação de Bloomberg todos os anos que também sequestram as siglas *MPOWER* e ainda contam com endosso e propaganda institucional publicada no website da OMS (Bloomberg, 2018g; WHO, 2015c). A explicação é simples: “*MPOWER has gained investment from organizations such as Bloomberg Philanthropies and the Bill & Melinda Gates Foundation*”, fazendo do acrónimo uma espécie de copropriedade entre OMS e actores

não-estatais (WHO, 2013e: 4). Ainda sobre o relatório, fica clara também uma preocupação recorrente da OMS em reforçar sua suposta autonomia editorial e independência institucional, levando os editores a incluir a seguinte declaração na referida publicação, em tom defensivo:

“Production of this WHO document has been supported by a grant from the World Lung Foundation with financial support from Bloomberg Philanthropies. The contents of this document are the sole responsibility of WHO and should not be regarded as necessarily reflecting the position of the World Lung Foundation.” (WHO, 2017f: 263)

Igualmente, por fim, o combate ao tabagismo representa mais um claro exemplo de *agenda-reinforcing* na dinâmica de relação entre Bloomberg Philanthropies e OMS. O tema já era contemplado no quadro de prioridades da OI quando o actor privado aproximou-se e passou a apoiar e financiar suas iniciativas, com uma diferença cronológica de pelo menos três anos entre o marco de saúde pública global conhecido como *WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* e os esforços iniciais da *Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use*. Segundo o próprio website da entidade filantrópica, esta segunda iniciativa *“was introduced to accelerate progress on global tobacco control efforts”*, reconhecendo o mérito e a existência prévia das medidas concebidas em âmbito intergovernamental por parte da OMS. No mesmo contexto, este actor não-estatal aponta para a falta de financiamento, planeamento, capacidade técnica e estratégia coordenada neste movimento antitabagista de meados da primeira década dos anos 2000, algo que buscou ajudar a superar de lá para cá (Bloomberg, 2018e).

Facto é que a Bloomberg Philanthropies embarcou nitidamente num filão originalmente abarcado pela OMS, mas vem, há mais de 10 anos, sistematicamente nele investindo e promovendo de modo que sua composição orçamental na estrutura financeira do *programme budget* da OI, no âmbito do combate a fatores de risco à saúde humana, teve substancial incremento de recursos nos últimos três orçamentos executados. Apenas para ilustrar com base em dados recentes, se a Bloomberg Philanthropies destinava 31,3% (US\$4,8 milhões) do total de seus recursos doados à OMS à rubrica de doenças não-transmissíveis da OMS no biênio 2016-2017, esta proporção saltou para 63,9% (US\$14,8 milhões) no orçamento atual de 2018-2019, triplicando o volume financeiro empregado, tendo ela contribuído crucialmente para a inflação e distorção de padrões anteriores de alocação de recursos na condição de actor externo (WHO, 2018b).

5. CONCLUSÃO

5.1 Perspetivas políticas

Ao longo das secções anteriores, o presente trabalho procurou abordar alguns dos desdobramentos das recentes mudanças organizacionais observadas na OMS, agência especializada da ONU que, nos últimos 20 anos, vem muito claramente se abrindo a novos canais de diálogo, a modalidades de parceria inovadoras, bem como a fontes de financiamento que tendem crescentemente na direção da aproximação a actores não-estatais. Na mesma medida em que movimentos reformistas democraticamente aprovados como o *Financing Dialogue* e o *FENSA* emergem para proteger e galvanizar a transparência e o senso de *accountability* da OMS, acabam também por institucionalizar, aprofundar e encorajar o estabelecimento de relações que fogem à normalidade estatocêntrica de uma OI que desde sempre se propôs multilateral e intergovernamental. Isto acaba por propiciar que influências e interferências externas à sua lógica de funcionamento afetem seus processos internos de *agenda-setting* e *agenda-reinforcing*, bem como a alocação de recursos financeiros previstos para implementação de projetos e programas em seus orçamentos (Graham, 2016: 366-367; Kamal-Yanni & Saunders, 2015; Kimberley, 2014; Lee & Pang, 2014: 120; Pas & Schaik 2014: 198; WHO, 2013c: 1). Estas transformações não só colocam em risco a independência programática e a autonomia institucional da organização, mas também redefinem sua dinâmica de governação representativa e democrática (baseada na exclusividade de Estados-membros), seu mandato constitucional e o modo por meio do qual políticas públicas internacionais na área de saúde são agendadas e emanadas globalmente. Esta dissertação de mestrado buscou, portanto, cobrir tanto uma dimensão mais técnica e empírica de análise orçamental e de sustentabilidade financeira e organizacional – materializada prioritariamente no debate desenvolvido por autores como Clinton & Sridhar (2017), Ege & Bauer (2017), Goetz & Patz (2017), Gostin *et al.* (2015) e Kamal-Yanni & Saunders (2015) – quanto uma face mais virada ao *policy making*, estruturas de governação e relações de poder na política internacional em torno de uma questão controversa, extremamente atual e ainda em pleno desenvolvimento na OMS – por sua vez, capturada por autores como Adams & Martens (2015), Moran (2014; 2018), Seitz & Martens, (2017) e Zadek (2008).

As evidências empíricas reunidas, apresentadas e analisadas nas secções 2, 3 e 4 apontam sistematicamente para a plena possibilidade de se posicionar e alterar níveis de priorização de temas e problemáticas dentro do escopo de trabalho da OMS contemporaneamente por meio de mecanismos formais, previstos no arcabouço regulatório da

OI. O diálogo constante e o aporte financeiro regular por parte de grandes fundações filantrópicas, mas não só – também de qualquer actor privado com pretensão ou predisposição para tal –, convertidos em notável influência política acumulada, teriam o poder de interferir sobre processos endógenos e eminentemente públicos de definição de agendas, bem como de alteração do grau de premência de agendas já existentes ou ainda a serem criadas, em meio ao conjunto de áreas programáticas da OMS. Como se viu nas secções anteriores, a gradual redução do protagonismo e relevância dos Estados-membros na estrutura orçamental – e, conseqüentemente, em termos de exercício de governação – da OMS, tanto em termos absolutos (quantidade de Estados-membros presentes entre os 20 maiores financiadores) quanto relativos (evolução da distribuição das fontes de financiamento da OMS por categoria organizacional), é sintomática neste sentido. Adicionalmente, exemplos muito práticos e pontuais, porém representativos, como os da BMGF e Bloomberg Philanthropies, evidenciam um conjunto de quatro casos empiricamente embasados de interferência externa na OMS por meio da atuação avizinhada e sistemática de actores não-estatais: três de *agenda-reinforcing* (pólio; prevenção de acidentes rodoviários; e combate ao tabagismo) e um de *agenda-setting* (afogamentos).

O poder de propor ou inflar agendas conferido cada vez mais a actores não-estatais, no contexto do exercício do mandato constitucional da OMS, é observado e interpretado aqui como reflexo muito evidente da injeção recorrente de recursos financeiros muito expressivos nos *programme budgets* bianuais da OI, direcionados de maneira *earmarked* (focalizados, inflexíveis e predefinidos) às áreas programáticas da preferência do doador em causa. A relação causal estabelecida, portanto, entre as mudanças nos padrões de composição orçamental da OMS ultimamente e a sua crescente tendência de permissão à externalização, delegação ou terceirização das chances de determinarem o foco, escopo ou priorização de seu próprio trabalho são uma manifestação palpável e nítida do processo de panlateralização da OMS. De novo, o conceito abrangente de panlateralismo aqui utilizado não tem uma utilidade explicativa específica nem se pretende uma ferramenta analítica particularizada. Serve meramente como expressão genérica de uma propensão mais ampla nas relações e na política internacionais no sentido de uma perspectiva *multi-stakeholder* na prática da cooperação executada com uma gama variada de actores, na busca conjunta por soluções e na deliberação multisectorial, multipropósito e multinível para a superação de problemas globais.

Como se viu, a diluição gradual da autonomia da OMS e de seus quadros técnicos, bem como a deterioração da sua governação democrática – materializada no esvaziamento do senso de propriedade dos Estados-membros que a integram – se dá em contrapartida à

ascensão dos actores não-estatais tão dotados de recursos financeiros e de capacidade de influência, desproporcionalmente impactantes tanto no âmbito desta OI quanto no campo da saúde pública e do desenvolvimento globais (Adams & Martens, 2015; Clinton & Sridhar, 2017; Edwards, 2010; Kimberley, 2014; Moran, 2018; Rached & Ventura, 2017; Seitz & Martens, 2017). Isto também acaba por ser uma expressão empírica do panlateralismo, que igualmente se manifesta na criação e existência do *Financing Dialogue* e do *FENSA*, lidos aqui como canais e mecanismos oficiais criados para o seu exercício cotidiano na OMS. Este conceito abrangente acaba ajudando, enfim, a generalizar padrões de comportamento e outras tendências organizacionais por parte de OIs em geral.

Por fim, pode-se argumentar que o influxo de recursos financeiros de origem não-estatal inundando os orçamentos da OMS, bem como de outras agências e organizações da ONU, advêm da noção amplamente difundida de que a própria OMS e seus Estados-membros seriam incapazes de superar os problemas globais contemporâneos sozinhos. Pesa a favor disso o contexto no qual os poderes públicos dos Estados cada vez mais perdem a sua capacidade de investimento, abrindo uma lacuna a ser ocupada por quem detém este recurso financeiro na arena global e está disposto a participar. Historicamente, já há mais de um século que existe abertura para este tipo de engajamento, a se considerar o precedente da Fundação Rockefeller: *“public health was the first area in which foundations became significant players internationally”* (Moran, 2018: 411). O abalo na credibilidade da OMS por suas condutas falhas e atrasadas diante da pandemia de H1N1 em 2009 e o surto de ébola iniciado em 2013, igualmente, minaram sua liderança. Movimentos políticos recentes de ascensão de sentimentos nacionalistas e de descrédito ao multilateralismo e ao globalismo também reforçam esta tendência. Há, de certa forma, alguma previsibilidade sobre o fato de a OMS aumentar sua dependência de financiamentos voluntários de actores não-estatais diante da recusa dos Estados-membros em elevar em 10% suas contribuições compulsórias – o acréscimo foi de somente 3% no biênio 2018-2019 –, resistência muito vocalizada por países desenvolvidos (WHO, 2016a: 4).

Apesar de constitucionalmente deter e exercer mandato de liderança e coordenação na saúde pública global, a OMS vem fazendo, ao longo das últimas décadas, um cálculo estratégico sofisticado e pragmático do seu papel num contexto bastante dinâmico, complexo e imprevisível. A OI prefere certamente ceder e cooptar outras agências e actores (bem como seus esforços já existentes, conhecimento acumulado e investimentos) ao invés de com eles competir, rivalizar ou resistir no mesmo campo de atuação. A palavra de ordem é trabalhar em conjunto e criar novas parcerias e não desafiar um novo e mutante ordenamento de poder

emergente na área do desenvolvimento internacional. Como previa a Dra. Gro Harlem Brundtland, em seu primeiro discurso após ser eleita DG da OMS (1998-2003), a OI deveria “*reach out to others*”, abrindo-se a uma perspectiva mais virada ao mercado, convidando toda esta constelação de actores externos a contribuir e apelando a novas fontes de financiamento num momento de congelamento orçamental severo na organização (Chorev, 2012: 189).

Se existe, por um lado, o argumento positivo de que o estreitamento de laços entre a OMS e actores privados neste cenário de governação global policêntrica poderia estar possivelmente contribuindo para uma maior democratização, uma ampliação dos fóruns de debate e uma participação mais diversa e plural em torno da agenda de saúde pública, o problema reside precisamente no fato de que apenas um punhado de entidades concentra boa parte do dinheiro, influência e poder decisório neste cenário político internacional em formação. Enquanto a OMS torna-se um destino frequente para o dinheiro proveniente do novo ímpeto ético de fortunas pessoais corporificadas numa filantropia moderna, o mundo observa esta relação com algum ceticismo. A tensão passa a ser perene entre o interesse de cidadãos-contribuintes de todos os Estados-membros (e da população mundial como um todo), de onde o poder supostamente emana em regimes democráticos, e a visão, agenda e prioridades de actores não-estatais. O monopólio ou preponderância de Estados sobre a OMS parece mesmo estar em decadência:

“In practice, however, such formal exclusivity is relativized by both (i) the agenda of private financiers, who are able to influence the decision of WHO’s priorities (which tends to favor programs for which funding is not necessarily urgent or of global interest) and (ii) the role of experts, who provide the material substrate for various decisions taken by political authorities [...]” (Rached & Ventura, 2017: 6).

A relevância deste debate incide, por fim, sobre padrões futuros de governação a serem adotados e legitimados por todo o sistema ONU, como as medidas da OMS vêm sendo replicadas (Seitz & Martens, 2017: 46-48). Como preveem Lee & Pang (2014: 122): “*Left to states and markets to resolve, global health governance becomes the priorities of powerful states, corporations and bureaucratic interests*”. Na visão de Clinton & Sridhar (2017: 185): “*Voluntary contributions have inevitably transformed WHO into a donor-driven organization, with donors, not the World Health Assembly or Secretariat, setting much of its agenda*”. Segundo Moran (2018: 421-422): “*The new philanthropy points to new directions in philanthropic practice also likely to have significant, although as yet difficult to predict,*

ramifications for the future of global governance”. Não seria absurdo pensar que actores de relevo como algumas das cinco maiores companhias privadas em valor de mercado do mundo (excluindo a Microsoft) – nomeadamente Apple, Amazon, Google (Alphabet), Facebook e Alibaba –, ou alguma de suas afiliadas responsáveis por ações de *Corporate Social Responsibility (CSR)*, possam assumir algum protagonismo desproporcional na política internacional das próximas décadas e exercer talvez cada vez mais formas privadas de governação em agendas de alcance global.

5.2 Recomendações

Não se pode negar que estamos diante de um novíssimo ordenamento político na OMS, ainda em constante evolução. A lógica estatocêntrica do padrão multilateral das relações internacionais no seio desta organização é desafiado sem muita previsibilidade ou roteiro a seguir. Como observam Williams & Rushton (2011: 1):

“In contrast to those earlier seismic shifts in international governance, the entrance of private actors in global health governance has not been the result of a carefully planned process. There has been no equivalent to the San Francisco or Bretton Woods Conferences. Rather, the change in global health governance has been a gradual and often ad hoc process. There are no clear lines of authority, either politically or legally. Mandates often overlap and compete. Traditional governance actors, from states to the World Health Organization (WHO) have been forced to adapt to this new reality.”

Apesar de avanços notáveis em frentes como previsibilidade de financiamentos, transparência e *accountability*, ainda há passos importantes a serem dados pela OMS, como a abertura ao domínio público de termos e condições de acordos celebrados e fluxos financeiros entre a OI e seus doadores voluntários, por exemplo – não há informação pormenorizada disponível nas plataformas abertas. Estados-membros devem cada vez mais exercer o legítimo papel de partes interessadas, se comportando como verdadeiros acionistas da organização da qual são proprietários, em todos os seus processos. Segundo a opinião de Seitz (2016: 8), *“an independent and effective WHO can only be achieved if member states enhance their political and financial support of WHO and increase their assessed contributions substantially”*. Actores não-estatais parecem estar mais atuantes e engajados neste sentido atualmente.

Países devem gradualmente reassumir seu protagonismo na governação da OMS, afinal intergovernamentalismo é intrinsecamente baseado em soberania popular e *“increased accountability is especially important for Member States who are accountable to their taxpayers”* (WHO, 2015b: 4). Como conclui Edwards, (2010: xiii), *“the increasing concentration of wealth and power among philanthrocapitalists is unhealthy for democracy”*. Estados-membros devem ainda buscar por mecanismos estatutários que visem ao reequilíbrio da divisão de contribuições compulsórias (necessariamente *core*) e voluntárias (não necessariamente *earmarked*) numa proporção limitada a ou mais próxima de 50%-50%. Como opinam Kamal-Yanni & Saunders (2015), *“Member states, global funds, foundations, and others must cooperate in their own interests to restore an acceptable balance between the flexible and specified elements of WHO’s budget, as used to be the case ten years ago”*. A OMS também deve buscar apaziguar o conflito constante entre o autointeresse dos Estados mais ricos e desenvolvidos, que se colocam na perspectiva de provedores e desejam historicamente orçamentos mais modestos, e os países emergentes em desenvolvimento, que na condição de recipientes dos recursos e das políticas públicas internacionais da OI, sustentam a visão de que a OMS deve estruturar e executar orçamentos ainda mais robustos.

Por fim, como salientam Pas & Shaik (2014: 198), talvez seja o momento histórico de se revisar integralmente a própria constituição da OMS, preenchendo eventuais lacunas da governação pública em saúde de forma mais consistente e revolucionária do que as brandas mudanças observadas na agência como parte da sua agenda pontual de reforma. Os autores chamam a atenção para a necessidade de organizações pretensamente multilaterais contemporâneas como a OMS de reconstruírem sua legitimidade no século XXI, talvez com mais ênfase em princípios democráticos amplificados – em frentes como representação inclusiva, financiamento diversificado e política deliberativa pluralizada – e menos meramente em conceitos tradicionais e fechados como soberania nacional ou popular. A discussão e revisão destes e outros aspetos e uma repactuação estudada entre os todos actores estatais e não-estatais envolvidos parece ser o grande desafio da OMS para a próxima década de 2020.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, B. & Martens, J. (2015), *The World Health Organization. Fit for whose purpose? Private funding and corporate influence in the United Nations*. Bonn, Global Policy Forum, p. 59-72
- Bishop, M. & Green, M. (2010), *Philanthrocapitalism: How giving can save the world*, New York: Bloomsbury Press, 320 pp.
- Bloomberg (2018a), *Our approach* (online), consultado em 24.12.2018. Disponível em: <https://www.bloomberg.org/about/our-approach/>
- _____ (2018b), *Drowning prevention* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: <https://www.bloomberg.org/program/public-health/drowning-prevention-program/#overview>
- _____ (2018c), *Johns Hopkins University* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: <https://www.bloomberg.org/program/funders-projects/johns-hopkins-university/>
- _____ (2018d), *Road safety* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: <https://www.bloomberg.org/program/public-health/road-safety/>
- _____ (2018e), *Tobacco control* (online), consultado em 24.12.2018. Disponível em: <https://www.bloomberg.org/program/public-health/tobacco-control/#overview>
- _____ (2018f), *Bloomberg Philanthropies recognizes governments and NGOs for outstanding work in ending tobacco use* (online), consultado em 27.12.2018. Disponível em: <https://www.bloomberg.org/press/releases/bloomberg-philanthropies-recognizes-governments-ngos-outstanding-work-ending-tobacco-use/>
- _____ (2018g), *About the Bloomberg initiative to reduce tobacco use grants program* (online), consultado em 27.12.2018. Disponível em: <https://tobaccocontrolgrants.org/About-the-BI-Grants-Program>
- Browne, S. (2017), Vertical funds: new forms of multilateralism. *Global Policy*, 8, S5. Oxford, John Wiley & Sons, p. 36-45
- Buse, K. & Walt, G. (2000), Global public-private partnerships: pt. 1. A new development in health? *Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health*, 78(4), p. 549-561
- Chorev, N. (2012), *The World Health Organization between North and South*. Ithaca: Cornell University Press, 288 pp.
- Clinton, C. & Sridhar, D. (2017), *Governing global health – who runs the world and why?* New York: Oxford University Press, 281 pp.
- Cobb, W. Roger & Elder, V. Charles (1971), The politics of agenda building: an alternative perspective from modern democratic theory. *Journal of Politics*, Vol. 33, No. 4, pp. 892-915
- Dearing, J. W. & Rogers, E. M. (1992), *Communication Concepts 6: Agenda-setting*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Devex (2018), *Opinion: The global development community asks tough questions. Here are the answers* (online), consultado em 23.12.2018. Disponível em: <https://www.devex.com/news/opinion-the-global-development-community-asks-tough-questions-here-are-the-answers-92135>
- Edwards, M. (2010), *Small change: why business won't save the world*, San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 120 pp.
- Ege, J. & Bauer, M. W. (2017), How financial resources affect the autonomy of international public administrations. *Global Policy*, 8, S5. Oxford, John Wiley & Sons, p. 75-84
- EU (2016), *WHO financing dialogue – EU statement – session 2 – “update on WHO health emergencies programme”* (online), consultado em 14.4.2019. Disponível em: https://eeas.europa.eu/delegations/togo/13658/who-financing-dialogue---eu-statement---session-2--update-on-who-health-emergencies-programme_en
- Frenk, J. & Moon, S. (2013), Governance challenges in global health. *The New England Journal of Medicine*, 368:10, p. 936-942
- Gates Foundation (2018a), *Foundation fact sheet* (online), consultado em 17.5.2018. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/General-Information/Foundation-Factsheet>
- Gates Foundation (2018b), *Polio strategy overview* (online), consultado em 21.12.2018. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Development/Polio>

- Gates Foundation (2018c), *Pierre Grand* (online), consultado em 23.12.2018. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/General-Information/Leadership/Global-Policy-and-Advocacy/Pierre-Grand>
- Goetz, K. H. & Patz, R. (2017), Resourcing international organizations: resource diversification, organizational differentiation, and administrative governance. *Global Policy*, 8, S5. Oxford, John Wiley & Sons, p. 5-14
- Gómez, E. J. & Atun, R. (2013) Emergence of multilateral proto-institutions in global health and new approaches to governance: analysis using path dependency and institutional theory. *Global Health*, 9:18
- Gostin, L. O. *et al.* (2015), The normative authority of the World Health Organization. *Public Health*, Vol. 129, No. 7, p. 854-863
- Graham, E. R. (2017), Follow the money: how trends in financing are changing governance in international organizations. *Global Policy*, 8, S5. Oxford, John Wiley & Sons, p. 15-25
- Graham, E. R. (2016), The institutional design of funding rules at international organizations: explaining the transformation in financing the United Nations. *European Journal of International Relations*, Vol. 23, 2, p. 365-390
- IHME (2017), *Financing Global Health 2017* (online), consultado em 21.12.2018. Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2018/FGH_2017_full-report.pdf
- ILS (2017), *ILS welcomes Bloomberg Philanthropies investment in drowning prevention* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: <https://www.ilsf.org/news/ils-welcomes-bloomberg-philanthropies-investment-drowning-prevention>
- ILS (2013), *Drowning prevention grants announced* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: <https://www.ilsf.org/news/drowning-prevention-grants-announced>
- IP-Watch (2017), *Is Gates Foundation, WHO's biggest private funder, ineligible to join WHO?* (online), consultado em 21.12.2018. Disponível em: <http://www.ip-watch.org/2017/01/29/gates-foundation-whos-biggest-private-funder-ineligible-join/>
- JHSPH (2001), *Hopkins names public health school for Michael Bloomberg* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/news/news-releases/2001/bloomberg-name.html>
- Kahler, M. (1992), Multilateralism with small and large numbers. *International Organization*, Vol. 46, No. 3, p. 681-708
- Kamal-Yanni, M. & Saunders, P. (2015), *The WHO financing dialogue: global health leadership needs to be paid for* (online), consultado em 14.4.2019. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2015/11/09/the-who-financing-dialogue-global-health-leadership-needs-to-be-paid-for/>
- Keohane, R. (2006), The contingent legitimacy of multilateralism. *Multilateralism under challenge: power, international order, and structural change*, p. 56-76
- Keohane, R. (1990), Multilateralism: an agenda for research. *International Journal: Quarterly of the Canadian Institute of International Affairs*, Vol. 45, No. 4, p. 731-764
- Kerouedan, D. (2016), Segurança ou insegurança da saúde mundial na África? Mais saúde parcial do que saúde global. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, No. 98, São Paulo, p. 47-76
- Kickbusch, I. & Quick, J. (1998), Partnerships for health in the 21st century. *World Health Statistics Quarterly*, 51, p. 68-74
- Kimberley, M. (2014), Privatized ebola: the Bill and Melinda Gates Foundation is the World Health Organization's boss, not governments (online), consultado em 13.4.2019. Disponível em: <https://www.globalresearch.ca/privatized-ebola-the-bill-and-melinda-gates-foundation-is-the-world-health-organizations-boss-not-governments/5408056>
- Knoepfel, P. *et al.* (2011), *Public Policy Analysis*, Bristol, The Policy Press
- Lee, K. & Pang T. (2014), WHO: retirement or reinvention? *Public Health*, Vol. 128, No. 2, p. 119-123
- Martens, J & Seitz, K (2015), Philanthropic power and development – who shapes the agenda? *Global Policy Forum* (online), consultado em 23.12.2018. Disponível em: https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Philanthropic_Power_online.pdf

- Michaelowa, K. (2017), Resourcing international organizations: so what? *Global Policy*, 8, S5. Oxford, John Wiley & Sons, p. 113-123
- Moran, M. (2018), Global philanthropy. In Weiss, T. G. & Wilkinson, R. (Eds.): *International organization and global governance*, 2nd ed., London: Routledge, pp. 408-422
- Moran, M. (2014), Private foundations and development partnerships: American philanthropy and global development agendas. In Weiss, T. G. & Wilkinson, R. (Eds.): *Global Institutions*, 1st ed., London: Routledge, pp. 172
- Pas, R. & Shaik, L. G. (2014), Democratizing the World Health Organization. *Public Health*, Vol. 128, No. 2, p. 195-201
- Philanthropy News Digest (2017), *Bloomberg commits \$25 million to expand drowning prevention program* (online), consultado em 24.12.2018. Disponível em: <https://philanthropynewsdigest.org/news/bloomberg-commits-25-million-to-expand-drowning-prevention-program>
- Politico (2017), *Meet the world's most powerful doctor: Bill Gates* (online), consultado em 21.12.2018. Disponível em: <https://www.politico.eu/article/bill-gates-who-most-powerful-doctor/>
- PWC (2014), *WHO financing dialogue evaluation final report* (online), consultado em 2.12.2018. Disponível em: http://www.who.int/about/resources_planning/financing_dialogue/FD_EvaluationFinalReport.pdf
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005), *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa, Gradiva
- Rached, D. H. & Ventura, D. F. L (2017), World Health Organization and the search for accountability: a critical analysis of the new framework of engagement with non-state actors. *Cad. Saúde Pública* (online), consultado em 20.11.2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00100716.pdf>
- Ravishankar, N. et al. (2009) Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *The Lancet*, Vol. 373, No. 9681, p. 2113-2124
- Ruggie, J. G. (1992), Multilateralism: the anatomy of an institution. *International Organization*, Vol. 46, No. 3, p. 561-598
- SEARO (2019), Health 8 (H8) (online), consultado em 19.4.2019. Disponível em: http://www.searo.who.int/entity/partnerships/topics/donors_ghp_h8/en/
- Seitz, K. (2016), FENSA – a fence against undue corporate influence? *Global Policy Forum* (online), consultado em 20.11.2018. Disponível em: https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Fachinformationen/Sonstiges/Briefing_0916_FENSA.pdf
- Seitz, K. & Martens, J. (2017), Philanthrolateralism: Private funding and corporate influence in the United Nations. *Global Policy*, 8, S5, Oxford, John Wiley & Sons, p. 46-50
- Stewart, P. (2015), The New “New Multilateralism”: Minilateral cooperation, but at what cost? *Global Summitry*, Vol. 1, No. 2, p. 115-134
- Taylor, A. (2002), Global governance, international health law and WHO: looking towards the future. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), p. 923-1000
- The Guardian (2016), *Are Gates and Rockefeller using their influence to set agenda in poor states?* (online), consultado em 13.12.2018. Disponível em: <https://www.theguardian.com/global-development/2016/jan/15/bill-gates-rockefeller-influence-agenda-poor-nations-big-pharma-gm-hunger>
- The New York Times (2013), *\$1.1 billion in thanks from Bloomberg to Johns Hopkins* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2013/01/27/nyregion/at-1-1-billion-bloomberg-is-top-university-donor-in-us.html?pagewanted=all&r=0>
- TWN (2015), *WHO: Unease over seconded philanthropic foundation staff to top management* (online), consultado em 20.11.2018. Disponível em: <http://www.twn.my/title2/health.info/2015/hi151202.htm>
- UNESCO (2018), *Partner's Forum – structured financing dialogue* (online), consultado em 12.4.2019. Disponível em: <https://en.unesco.org/events/partners-forum-structured-financing-dialogue>

- Vaughan, J. P. *et al.* (1996), Financing the World Health Organization: global importance of extrabudgetary funds, *Health Policy*, Vol. 35, No. 3, p. 229-245
- Walt, G. (1998), Globalisation of international health. *The Lancet*, Vol. 351, No. 9100, p. 434-437
- WCTOH (2018), Dr Kelly Henning, Bloomberg Philanthropies Public Health Lead talks tobacco control on the eve of WCTOH (online), consultado em 27.12.2018. Disponível em: <https://wctoh.org/news/dr-kelly-henning-bloomberg-philanthropies-public-health-lead-talks-tobacco-control-ahead-on-the-eve-of-wctoh/>
- WHO (2019), *Constitution* (online), consultado em 9.4.2019. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- _____(2018a), *About WHO* (online), consultado em 17.5.2018. Disponível em: <http://www.who.int/about-us>
- _____(2018b), *WHO Programme Budget Web Portal* (online), consultado em 28.4.2019. Disponível em: <http://open.who.int/2016-17/contributors/contributor>
- _____(2018c), *WHO Results Report – Programme Budget 2016-2017* (online), consultado em 27.4.2018. Disponível em: http://www.who.int/about/finances-accountability/reports/rr_2016-17_advance.pdf?ua=1
- _____(2018d), *WHO's engagement with non-State actors* (online), consultado em 19.11.2018. Disponível em: <http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/Handbook-for-non-State-actors-on-engagement-with-WHO.pdf?ua=1>
- _____(2018e), *WHO Director-General reappoints Michael R. Bloomberg as WHO Global Ambassador for Noncommunicable Diseases and Injuries* (online), consultado em 26.11.2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/detail/27-09-2018-who-director-general-reappoints-michael-r-bloomberg-as-who-global-ambassador--for-noncommunicable-diseases-and-injuries>
- _____(2018f), *Voluntary contributions by fund and by contributor, 2018* (online), consultado em 24.7.2019. Disponível em: https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/A72_INF5-en.pdf
- _____(2018g), *Proposed programme budget 2018-2019* (online), consultado em 4.12.2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_7-en.pdf
- _____(2018h), *English/French list of 214 non-state actors in official relations with WHO reflecting decisions of the 142nd session of the Executive Board, January 2018* (online), consultado em 27.11.2018. Disponível em: <http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/non-state-actors-list.pdf>
- _____(2018i), *Guide for staff on engagement with non-state actors* (online), consultado em 27.11.2018. Disponível em: http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/FENSA_guide-for-staff.pdf?ua=1
- _____(2018j), *Poliomyelitis* (online), consultado em 14.12.2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>
- _____(2018k), *Draft thirteenth general program of work, 2019-2023* (online), consultado em 9.12.2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf
- _____(2018l), *Global status report on road safety 2018* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: <https://www.bbhub.io/dotorg/sites/2/2018/12/Global-Status-Report-on-Road-Safety-2018.pdf>
- _____(2017a), *Seventieth World Health Assembly list of delegates and other participants* (online), consultado em 23.5.2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/WHA70_DIV1REV1-en.pdf
- _____(2017b), *Voluntary contributions by fund and by contributor, 2017* (online), consultado em 24.7.2019. Disponível em: https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/A71_INF2-en.pdf
- _____(2017c), *10 facts on polio eradication* (online), consultado em 14.12.2018. Disponível em: <https://www.who.int/features/factfiles/polio/en/>
- _____(2017d), *Michael Bloomberg receives WHO Medal* (online), consultado em 26.11.2018. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/communications/highlights/mike-bloomberg-who-medal-2017/en/>

- _____(2017e), *Preventing drowning: an implementation guide* (online), consultado em 26.11. 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255196/9789241511933-eng.pdf;jsessionid=8EBE4A7BE2E7696803B572CE22B08BCE?sequence=1>
- _____(2017f), *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017* (online), consultado em 27.11.2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1>
- _____(2017g), *WHO Director-General and Michael Bloomberg launch the tobacco report* (online), consultado em 26.11.2018. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/tobacco-report-launch/en/
- _____(2016a), *WHO's financing dialogue 2016* (online), consultado em 19.11.2018. Disponível em: <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/Financing-dialogue-2016-Meeting-Report.pdf>
- _____(2016b), *Michael R. Bloomberg becomes WHO global ambassador for noncommunicable diseases* (online), consultado em 23.5.2018. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/detail/17-08-2016-michael-r-bloomberg-becomes-who-global-ambassador-for-noncommunicable-diseases>
- _____(2016c), *Voluntary contributions by fund and by contributor, 2016* (online), consultado em 24.7.2019. Disponível em: https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/A70_INF4-en.pdf
- _____(2016d), *WHO joins IATI and reinforces its commitment to increased transparency* (online), consultado em 5.12.2018. Disponível em: <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/joining-iati-transparency/en/>
- _____(2016e), *Framework of engagement with non-State actors* (online), consultado em 20.11.2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r10-en.pdf
- _____(2015a), *WHO's financing dialogue: guiding principles* (online), consultado em 18.5.2018. Disponível em: <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/guiding-principles/en/>
- _____(2015b), *WHO financing dialogue 2015* (online), consultado em 14.4.2019. Disponível em: https://www.who.int/about/resources_planning/financing_dialogue/Meeting-report-final.pdf
- _____(2015c), *Grants programme funded by Bloomberg Philanthropies* (online), consultado em 27.12.2018. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/about/partners/bloomberg/grants_qa/en/
- _____(2014a), *World health organization financing dialogue – best practices & lessons learned* (online), consultado em 2.12.2018. Disponível em: <https://papersmart.unmeetings.org/media2/1634224/nybriefing-feb-3.pdf>
- _____(2014b), *Global report on drowning – preventing a leading killer* (online), consultado em 26.11. 2018. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/drowning_global_report/Final_report_full_web.pdf?ua=1
- _____(2014c), *Launch of the WHO Global report on drowning: preventing a leading killer* (online), consultado em 26.12.2018. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/global_report_drowning/Draft_programme_launch_GRD_14_November_2014.pdf?ua=1
- _____(2013a), *Launch of WHO's financing dialogue* (online), consultado em 14.4.2019. Disponível em: https://www.who.int/about/resources_planning/financing_dialogue/financing_dialogue_participants_list.pdf
- _____(2013b), *Report of WHO's financing dialogue meeting* (online), consultado em 14.4.2019. Disponível em: https://www.who.int/about/resources_planning/financing_dialogue/nov_financing_dialogue_report.pdf
- _____(2013c), *Report of the launch of WHO's financing dialogue* (online), consultado em 14.4.2019. Disponível em: https://www.who.int/about/resources_planning/financing_dialogue/financing_dialogue_meeting_report.pdf

- _____(2013d), *WHO governance reform* (online), consultado em 6.12.2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_16-en.pdf
- _____(2013e), *MPOWER in action* (online), consultado em 28.12.2018. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1
- _____(2010), *The future of financing for WHO* (online), consultado em 23.5.2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_21-en.pdf?ua=1
- _____(2006), *Constitution of the World Health Organization* (online), consultado em 9.4.2019. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Williams, O. D. & Rushton, S. (2011), Private actors in global governance. In: Rushton, S. & Williams, O. D. (eds.) *Partnerships and foundations in global health governance*. International Political Economy Series, London, Palgrave Macmillan
- Wired (2018), *WHO gets to work: 2018 a litmus test for new team* (online), consultado em 20.11.2018. Disponível em: <https://thewire.in/external-affairs/gets-work-2018-litmus-test-new-team>
- Wiseman, G. (2011), 'Polylateralism': diplomacy's third dimension. *Public Diplomacy Magazine*, Summer 20
- Yahoo (2013), *Bloomberg donating \$100M to help fight polio* (online), consultado em 24.12.2018. Disponível em: <https://www.yahoo.com/news/bloomberg-donating-100m-help-fight-polio-051615737--finance.html>
- Zadek, S. (2008), Collaborative governance: the new multilateralism for the twenty-first century. In: Brainard, L. & Chollet, D. (eds.), *Global Development 2.0: Can philanthropists, the public and the poor make poverty history?*, Washington DC: Brookings Institution Press, pp. 187-200
- Zahariadis, N. (2016), *Handbook of Public Policy: Agenda setting*. Cheltenham, UK: Edward Elgar