

“A reforma da Organização Mundial da Saúde: processo, tendências atuais e desafios (1998-2014)”

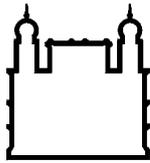
por

Leandro Luiz Viegas

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Celia Maria de Almeida
Assistente da orientadora: Prof.^a Thaísa Góis Farias de Moura Santos Lima

Rio de Janeiro, novembro de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A reforma da Organização Mundial da Saúde: processo, tendências atuais e desafios (1998-2014)”

apresentada por

Leandro Luiz Viegas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Prof.^a Dr.^a Celia Maria de Almeida – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 13 de novembro de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V656r	<p>Viegas, Leandro Luiz A reforma da Organização Mundial da Saúde: processo, tendências atuais e desafios (1998-2014). / Leandro Luiz Viegas. -- 2014. 124 f. : graf.</p> <p>Orientador: Celia Almeida Thaisa Santos Lima</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.</p> <p>1. Organização Mundial da Saúde - organização & administração. 2. Saúde Mundial. 3. Cooperação Internacional. 4. Orçamentos. 5. Reforma dos Serviços de Saúde. I. Título. CDD – 22.ed. – 362.10425</p>
-------	---

*Aos meus pais,
Claudio e Celina,
meus maiores tesouros.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, por encamparem todos os meus projetos de crescimento pessoal e profissional, pelo apoio ao longo de todo este trabalho e pela valiosa lição de que com esforço e dedicação é possível alcançar qualquer objetivo;

Aos meus irmãos, Gisa, Fernando e Liane, por me lembrarem sempre de que a união faz a força;

Aos meus amigos, familiares e colegas do Mestrado e de trabalho, que não me deixaram desistir e souberam renovar as minhas energias ao longo do caminho;

À minha orientadora, Profa. Célia Almeida, por me ensinar a ter olhos que enxergassem além do óbvio;

À Thaisa Santos Lima, por me ajudar a centrar o pensamento nos momentos de transe;

E, acima de tudo, a Deus, que me ofereceu esta grande oportunidade de trabalho, aprendizado e renovação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
OBJETIVOS	16
PANORAMA TEÓRICO-CONCEITUAL	17
METODOLOGIA	25
ANTECEDENTES DA REFORMA ATUAL DA OMS	31
AS REFORMAS CONTEMPORÂNEAS DA SAÚDE: DIFERENTES GESTÕES (1998-2014) .	39
As gestões de Gro Brundtland	39
A reforma de 1998.....	41
A gestão de J. W. Lee (2003-2006).....	48
A gestão de Margaret Chan (2006-2014).....	51
Programas de Trabalho e Propostas Orçamentárias nas três Gestões – Brundtland, Lee E Chan (1998-2014).....	53
<i>A Proposta Orçamentária 2000-2001</i>	53
<i>Plano-Geral de Trabalho 2002-2005</i>	55
<i>Proposta orçamentária 2002-2003</i>	55
<i>Proposta orçamentária 2004-2005</i>	56
<i>O 11º Programa-Geral de Trabalho 2006-2015</i>	57
<i>Proposta orçamentária 2006-2007</i>	60
<i>O Medium-Term Strategic Plan (Plano Estratégico de Médio Prazo) 2008- 2013</i>	62
<i>Proposta orçamentária 2008-2009</i>	63
<i>Proposta orçamentária 2010-2011</i>	63
<i>Proposta Orçamentária 2012-2013</i>	64
<i>Proposta Orçamentária 2014-2015</i>	65
O Processo Atual de Reforma da OMS (2010-2014).....	66
<i>O Diálogo Financeiro</i>	72
AS REFORMAS CONTEMPORÂNEAS DA OMS (1998-2013): CONTINUIDADES E MUDANÇAS.....	74
DISCUSSÃO	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXO I – QUADRO DE DOCUMENTOS DA OMS	107
ANEXO II – QUADROS-SÍNTESE DE REFORMAS DA OMS	110

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1 – Evolução das receitas da OMS (1988-2001)	54
Quadro 1 – Progressão do orçamento da OMS em volume de recursos regulares (RR) e extra-orçamentários (REO), 1998-2015, por Diretor-Geral (DG)	75
Quadro 2 – Distribuição dos recursos regulares e extra-orçamentários por áreas de trabalho prioritárias durante as gestões de Brundtland (1998-2003) e Lee (2003-2005)	79
Quadro 3 – Reorganização institucional e distribuição dos recursos totais da OMS por áreas de trabalho prioritárias (gestões Lee e Chan)	81
Quadro 4 – Lista de Documentos da OMS Analisados	107
Quadro 5 – Síntese das Propostas de Mudança da OMS - Diferentes Gestões	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Progressão do orçamento da OMS em volumes de recursos regulares e extra-orçamentários entre 1998-2015 (em US\$ milhões)	76
Tabela 2 – Distribuição de recursos regulares (RR) e extra-orçamentários (REO) na Sede e nos Escritórios Regionais por biênio (em US\$ milhões)	77

LISTA DE SIGLAS

AISA – Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde
AMS – Assembleia Mundial da Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
BM – Banco Mundial
BMGF – Fundação Bill&Melinda Gates
BRICS – Fórum de Diálogo Brasil-Rússia-Índia-China-África do Sul
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CQCT - Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DG – Diretor(a)-Geral da Organização Mundial da Saúde
EB – Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde
FMI – Fundo Monetário Internacional
GAVI - Aliança Global para Vacinas e Imunização
GHEC - *Global Health Education Consortium*
GOBI - *Growth monitoring to fight malnutrition in children, Oral rehydration techniques to defeat diarrhea diseases, Breast-feeding to protect children, and Immunizations*
MeSH - *Medical Subject Headings*
MOPAN - *Multilateral Organization Performance Assessment Network*
MSU - *Management Support Units*
MTSP - Plano Estratégico de Médio-Prazo 2008-2013
OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMC – Organização Mundial do Comércio
OMPI - Organização Mundial da Propriedade Intelectual
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PBAC – Comitê de Programas, Orçamento e Administração da OMS
PEPFAR - *The United States President's Plan for AIDS Relief*
PGT – Plano-Geral de Trabalho
PIP-IGM – Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre a Preparação para a Pandemia de Influenza
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP – Parceria Público-Privada

RSI – Regulamento Sanitário Internacional (2005)

SARS - Síndrome respiratória aguda grave

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS

UNASUL – União das Nações Sul-Americanas

UNCTAD - Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento

UNFPA - Fundo das Nações Unidas para as Populações

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNRRA - *United Nations Relief and Rehabilitation Administration*

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a atual proposta de reforma da Organização Mundial da Saúde (OMS), buscando identificar, descrever e avaliar as mudanças e continuidades entre o processo em curso e outras mudanças organizacionais (chamadas “reformas”) implementadas no período 1998-2014. Fez-se um repasse sobre a constituição histórica da OMS e os desafios que enfrentou para sua legitimação na arena internacional, incluindo os embates internos e externos que conduziram à discussão contemporânea sobre sua reforma. O foco do estudo é a proposta de reforma de 2010, elaborada pela Diretora-Geral (DG) Dra. Margaret Chan, que trata do futuro do financiamento da OMS e da “incapacidade” da organização de responder, de forma rápida e ágil, aos desafios atuais da saúde global, centrados, segundo a DG, na insustentabilidade do atual modelo de gestão, financiamento e programação institucional, frente às necessidades de saúde das populações no século XXI. O estudo analisou as reformas elaboradas pelas gestões desse período, com foco nas propostas orçamentárias e planos de trabalho institucionais. Utilizou-se para análise a articulação entre diferentes abordagens teóricas, relacionadas aos impactos da globalização sobre a saúde das populações; a maior interdependência entre os países e a consequente ampliação da disputa de poder no sistema mundial; a relação entre a conformação do termo saúde global e a dinâmica entre as instituições que atuam na arena internacional do setor, assim como a importância da saúde nas relações internacionais contemporâneas e a chamada governança global na área. A estratégia metodológica foi de estudo de caso, amparada em técnicas qualitativas para o levantamento de dados – revisão bibliográfica; amplo levantamento e análise documental; e observação social direta do autor. Partiu-se da premissa que a questão orçamentária é um ponto crucial nesse processo e centrou-se a análise na composição e evolução histórica do orçamento da OMS, para problematizar o potencial do processo atual de reforma de fortalecer a organização e possibilitar o seu reposicionamento como liderança na arena internacional na saúde. Tentou-se elucidar a origem da “crise de financiamento” da OMS, que tem estreita relação com a alta dependência de recursos extra-orçamentários, concentrando-se nas propostas orçamentárias e nos planos de trabalho implementados no período referido, que engloba gestões de diferentes diretores – desde Gro Brundtland, em 1998, até a gestão atual. Conclui-se que o atual processo de reforma administrativa da OMS introduz mudanças organizacionais e administrativas, mas, aparentemente, não são suficientes para reposicionar a organização na liderança da saúde global, entretanto, ainda é cedo para qualquer afirmação mais assertiva.

Palavras-chave: Organização Mundial da Saúde; Reforma da OMS; Saúde Global; Globalização; Orçamento da OMS.

ABSTRACT

This study examined the current World Health Organisation (WHO) reform proposal with a view to identifying, describing and evaluating changes and continuities between the present process and other organisational changes (termed ‘reforms’) implemented between 1998 and 2014. The formation of the WHO was reviewed historically, along with the challenges it faced in gaining international legitimacy, including the internal and external conflicts that led to the present discussion over reform. The focus of the study is the 2010 reform proposal prepared by WHO Director-General (DG) Dr Margaret Chan, which addresses the future of WHO funding and the organisation’s “inability” to respond, quickly and agilely, to today’s global health challenges, which she sees as centred in a lack of sustainability of the present model of organisational management, funding and planning in light of populations’ health needs in the 21st century. The study examined the reforms drawn up by the various administrations over the period, focussing on budget proposals and institutional work plans. The analysis deployed a combination of different theoretical approaches relating to the impacts of globalisation on population-wide health; the greater interdependence among countries and the consequent broadening of power disputes in the world system; the relation between the term ‘global health’ and the dynamics among institutions operating in the international health sector arena; and the importance of health in contemporary international relations and ‘global governance’ of the field. The methodological strategy was case study-based, resting on qualitative data collection techniques (literature review, wide-ranging document survey and analysis, and direct social observation by the author. The starting assumption was that the budget issue is crucial to this process, and the analyses centred on the composition and historical evolution of the WHO budget, in order to problematise the current reform process’s potential for strengthening the organisation and enabling it to reposition as the leading player in the health arena internationally. In the endeavour to elucidate the origin of the WHO “funding crisis”, which is closely connected with its high degree of dependence on extra-budget funds, the study concentrated on budget proposals and work plans implemented during the study period, which spans the administrations of several different directors – from Gro Brundtland, in 1998, through to the present administration. It was concluded that, although the present WHO administrative reform process does introduce organizational and administrative changes, these appear to be insufficient to reposition the organisation at the forefront of global health. However, it is still too early to assert this with any certainty.

Keywords: World Health Organisation; WHO reform; Global Health; Globalisation; WHO budget.

INTRODUÇÃO

Fundada na Conferência de São Francisco de 1948, como a agência especializada das Nações Unidas (ONU) com a perspectiva de desenvolver ações globais voltadas para a resolução dos problemas de saúde de caráter mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem atravessando, nas últimas décadas, um processo de reformas.

O fato desencadeador da última fase desse processo, até o momento, foi a sessão informal convocada em janeiro de 2010 pela Diretora-Geral (DG) da OMS, Margaret Chan, para a discussão do futuro do financiamento da Organização que, de acordo com o seu Secretariado (WHO, 2010), mostrava-se incapaz de responder de forma rápida e ágil aos desafios atuais de saúde global, em virtude do cenário de insustentabilidade do atual modelo de gestão, financiamento e programação da organização, frente os desafios à saúde no século XXI.

O discurso oficial da OMS afirma que essas reformas têm como principal objetivo reposicionar a OMS no cenário da saúde global, reconquistando seu papel de liderança setorial. Para isso, no entanto, seria necessário não apenas uma reformulação interna como também a reconstrução de sua legitimidade global no setor.

Diversos autores argumentam que, ao longo das últimas décadas, a OMS tem sido obrigada a competir com outras agências multilaterais, como o Banco Mundial (BM) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), além de vários outros novos atores que passaram a atuar na arena internacional da saúde, tais como o Fundo Global para o Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, *the United States President's Plan for AIDS Relief* – PEPFAR, a *Global Alliance for Vaccines and Immunization* – GAVI, além de inúmeras outras parcerias público-privadas, Organizações Não-Governamentais (ONGs) e organizações filantrópicas, como a Fundação Bill e Melinda Gates (BMGF).

Essa situação se exacerbou com a ampliação dos recursos extra-orçamentários que compõem o orçamento da OMS, sobretudo ao longo da década de 1990, que, juntamente com a crise fiscal dos anos 1980 e as novas prioridades políticas e econômicas de diversos países, dificultaram quaisquer incrementos nas contribuições regulares dos países membros à OMS. Paralelamente, no mesmo período, a organização passou a ser confrontada por questionamentos sobre o seu *modus operandi*, ao mesmo tempo em que alguns dos próprios países membros e outras organizações incrementaram seus aportes em programas voltados para doenças e ações específicas¹.

¹ Vários autores tratam deste tema: Almeida, 1995, 2006; Almeida et al (2007-2008); Matta (2005); Brown et al (2006); BIRN (2009); Cueto et al (2011); Pereira (2010); Kickbusch (2010); Feldbaum et al (2010), entre outros.

Diferentemente das contribuições regulares de Estados-membro, as receitas extra-orçamentárias têm caráter discricionário (em relação ao montante e aos prazos de pagamento), focam em atividades específicas, são inflexíveis no que diz respeito à aplicação em outras ações programáticas da organização e sua implementação depende de uma terceira parte.

Embora a OMS afirme que o seu orçamento cresceu substancialmente nas últimas décadas, passando de US\$1,647 bilhões no biênio 1998–1999 para US\$ 3,959 bilhões no biênio 2012–2013, os fundos extra-orçamentários representam atualmente a maior parcela de suas receitas, o que impõe sérios limites à sua capacidade de responder rapidamente às questões emergentes de saúde. Entre eles são destacadas: a falta de alinhamento entre a programação orçamentária e o seu financiamento; a imprevisibilidade de recursos; e a falta de flexibilidade, transparência e eficiência na gestão desses recursos. Todos esses elementos aumentaram a vulnerabilidade institucional da OMS.

Desde o início formal do atual processo de reforma em janeiro de 2011, a OMS assumiu oficialmente que sua situação orçamentária continua crítica. O documento preparado pelo Secretariado da organização, em resposta à demanda dos Estados membros (WHO, 2012a), registra claramente as grandes transformações no orçamento institucional ao longo das últimas décadas do século XX, passando de um quadro orçamentário fundamentalmente financiado por contribuições regulares para outro composto por um *mix* de contribuições regulares e extra-orçamentárias (denominadas “contribuições voluntárias”), provenientes de atores estatais e não-estatais.

O processo de reforma atual parece se ocupar dessas questões. No centro das mudanças estaria a melhoria da transparência, do alinhamento e da previsibilidade do financiamento da OMS, reconhecendo-se que o *mix* de contribuições que compõem as suas receitas limita a capacidade do Secretariado de prestação de contas sobre a aplicação desses recursos na implementação dos programas e prioridades, assim como sobre os resultados esperados, aprovados pelos órgãos diretivos da organização – Conselho Executivo (*Executive Board*—EB) e Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Ao propor um orçamento dito “realista” em relação aos aportes extra-orçamentários, o Secretariado pretendeu estabelecer critérios que refletissem maior compromisso de “alinhamento entre as receitas disponíveis e a ações programáticas, com efeitos sobre o planejamento de recursos humanos e financeiros e uma gestão efetiva sobre os potenciais riscos financeiros” (WHO, maio 2013c). O principal ponto de debate tem sido a necessidade de fortalecer a capacidade da organização de reorientar suas competências para a construção de uma agenda coerente e capaz de promover a coordenação das diferentes iniciativas globais no setor e o alcance dos resultados aprovados pelos Estados-membro nas instâncias formais da organização, assim como nos seus Escritórios Regionais e Representações Nacionais.

Este estudo problematiza o processo de reformas institucionais da OMS no período de 1998 até o presente momento, centrando fundamentalmente no processo interno da organização.

O processo de decisão na OMS está definido em sua Constituição. A organização é conduzida por um Diretor-Geral, com mandato de cinco (5) anos, eleito pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS) a partir de uma lista de candidatos preparada pelo Conselho Executivo (*Executive Board* - EB), a partir de diferentes indicações.

A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) é a mais alta instância decisória da organização e congrega representantes de todos os seus 194 Estados membros. A Assembleia se reúne uma vez por ano, geralmente no mês de maio, para discutir e decidir as políticas e programas prioritários a serem desenvolvidos OMS, além de supervisionar a execução financeira, revisar e aprovar as propostas orçamentárias bianuais. Outra função da Assembleia é avaliar os relatórios do EB, que contém subsídios para os temas a serem discutidos, resultado de estudos, pesquisas e outros materiais necessários ou que o coletivo dos Estados-membro demande.

O Conselho Executivo (EB), por sua vez, é um comitê formado por 34 representantes dos países membros, tecnicamente qualificados no campo da saúde e eleitos pela AMS por um período de três (3) anos. O Conselho Executivo reúne-se duas vezes por ano, geralmente, em janeiro, para tratar da agenda da AMS do mesmo ano; e logo após a Assembleia (em maio), para tratar de assuntos de maior urgência ou de caráter administrativo. A função central do EB é formular orientações para o debate na Assembleia, tornar efetivas suas decisões e facilitar o trabalho da OMS.

O processo de preparação para as AMS anuais se inicia geralmente em janeiro, durante a primeira reunião anual do EB, em Genebra, a partir de propostas de agenda preparadas pelo Secretariado da OMS. Os representantes que integram o EB podem sugerir a inclusão ou exclusão de tópicos na agenda, da mesma forma que os demais Estados membros, que podem solicitar a exclusão ou inclusão de temas por intermédio de um membro do Conselho Executivo.

A gestão das atividades da OMS está dividida entre a sede, em Genebra, na Suíça, e seis escritórios regionais, estabelecidos de acordo com a divisão geográfica da ONU. Os escritórios regionais possuem órgãos diretivos, como Conselhos e Comitês Executivos, que se reúnem regularmente todos os anos. Os Diretores dos escritórios são indicados pelo EB e aprovado pela AMS, à exceção do escritório das Américas – a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Historicamente a OPAS conserva algumas especificidades. Possui mecanismo próprio para a eleição de seu representante máximo: seus Estados membros podem indicar candidatos ao Comitê Executivo (CE), que prepara a lista a ser considerada pelo Conselho Diretor (CD), instância

decisória mais elevada da organização. O Conselho Diretor (CD) da OPAS se reúne em setembro de cada ano e é antecedido pela reunião do Comitê Executivo (CE) em junho, composto por seis (6) membros rotativos (que mudam a cada três anos) e outros três (3) observadores (que também mudam a cada três anos).

Além dos Escritórios Regionais, a OMS mantém Escritórios de Representação Nacional em trinta (30) de seus Estados-membro, cujos representantes são indicados pelo Diretor regional e cumprem funções de interlocução direta com os governos locais. Alguns Escritórios Nacionais acumulam mais de um Estado-membro sob sua responsabilidade², como é o caso de Barbados, Venezuela, Bahamas e Jamaica, que representam também países insulares do Caribe de menor desenvolvimento econômico.

Tradicionalmente, tanto os Escritórios Regionais quanto as Representações Nacionais têm relativo grau de autonomia em relação à sede, em Genebra. No entanto, um dos tópicos de mais ampla discussão nos processos de reforma da OMS se refere às discrepâncias entre a sede e os Escritórios regionais ou nacionais sobre temas e processos, o que, na opinião dos Estados-membros, aumentaria a complexidade dos fluxos internos, gerando desperdícios de recursos humanos, materiais e financeiros, e produzindo dispersão das agendas nos planos global, regional e nacional. A partir da gestão de Gro Brundtland e, particularmente, durante a gestão de Margareth Chan, buscou-se um maior alinhamento de programas, prioridades e dinâmicas internas (incluindo a formatação dos documentos oficiais), num processo conhecido como *streamlining*, que visa impor uma homogeneização de fluxos, processos e temáticas em todos os níveis organizacionais, procurando atender a demandas dos Estados-membro.

A hipótese que orientou esta pesquisa é que a proposta atual de reforma da OMS e a forma como este processo está sendo conduzido não parecem levar a um reposicionamento da liderança da organização na liderança da saúde global em nível internacional. Aparentemente, essa reforma reitera o funcionamento histórico tradicional da organização e está restrita a tentar implementar uma “nova” racionalidade administrativa que, embora possa ajudar, não é suficiente para o alcance do seu principal objetivo. Questões cruciais que recuperariam sua autonomia e legitimidade na condução da saúde em nível global, tais como o problema orçamentário, não parecem estar sendo devidamente trabalhadas. Sendo assim, algumas perguntas orientaram este estudo:

- 1) Qual a composição atual do orçamento da OMS em relação às fontes de recursos orçamentários regulares e extra-orçamentárias (provenientes dos doadores)?

² OPAS. Países e centros. Página da internet. Washington, fevereiro de 201. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=2005&lang=pt>. (Acesso em 04/02/2015).

- 2) As mudanças propostas nas diferentes gestões durante o período de análise seriam potencialmente capazes de mudar, de fato, a atuação da organização?
- 3) Em que medida a atual reestruturação administrativa interna da OMS favorece ou facilita, potencialmente, o alcance do principal objetivo desse processo de reforma – reposicionar a OMS na liderança setorial e na governança da saúde global?

A motivação para este trabalho decorre, principalmente, da necessidade de reflexão sobre a minha experiência profissional como Chefe da Divisão de Temas Multilaterais da Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA), do Ministério da Saúde do Brasil, no período de novembro de 2008 a junho de 2013, quando participei ativamente dos preparativos das delegações brasileiras e das reuniões regulares e extraordinárias dos órgãos diretivos da OMS em Genebra (Conselho Executivo e Assembleia Mundial da Saúde) e do Escritório Regional para as Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (Comitê Executivo e Conselho Diretor), em Washington. Estive diretamente envolvido na discussão recente sobre a etapa atual do processo de reforma da OMS, desde a sessão informal convocada pela Diretora-Geral, Margareth Chan, em janeiro de 2010, até a 66ª AMS, em 2013, na qual foram aprovados os principais documentos da reforma.

Pretende-se com este estudo colaborar com as discussões sobre o papel da OMS na condução da saúde em nível global e subsidiar a participação dos representantes brasileiros nesse debate nos fóruns internacionais do setor.

OBJETIVOS

Geral

Analisar o processo atual de reforma institucional da Organização Mundial da Saúde, tendo como referência o período de 1998-2014, na perspectiva de discutir em que medida essa reforma tem potencial para reposicionar a OMS na liderança internacional do setor.

Específicos

- 1) Identificar, descrever e analisar as diferenças do atual processo de reforma em relação a outras mudanças administrativas implementadas anteriormente (de 1998 até 2014), identificando possíveis continuidades e inflexões.
- 2) Descrever e analisar a composição e evolução histórica do orçamento da OMS e discutir em que medida a reforma atual enfrenta os desafios colocados por essa dinâmica de financiamento.
- 3) Identificar e analisar as medidas aprovadas até 2014 no atual processo de reforma e problematizar sua potencial capacidade para fortalecer a organização e possibilitar o seu reposicionamento na arena internacional.

PANORAMA TEÓRICO CONCEITUAL

Algumas questões são centrais para este estudo e serão importantes na reflexão que se pretende: a globalização e maior interdependência entre os países em nível global e a consequente competição entre eles e disputa de poder no sistema mundial; a dinâmica entre as instituições que atuam na arena internacional; a importância da saúde nas relações internacionais contemporâneas e a governança global nessa área.

No campo específico da saúde, a globalização se expressa pela piora das condições de vida de importantes segmentos da população mundial, incluindo o aumento da fome, da pobreza e dos riscos, particularmente nos países em desenvolvimento, e o surgimento de novas questões problemáticas (centradas na saúde ou com impactos sobre a saúde), tais como a desestruturação dos sistemas de saúde, a emergência e reemergência de doenças e epidemias (novas e antigas), além do aumento da circulação e migração de pessoas, conferindo os elementos fundamentais para que as relações entre globalização e saúde mereçam atenção ampliada (ALMEIDA et al, 2007/2008).

Os autores alertam que a maior interdependência e interconectividade entre os países, decorrente da globalização contemporânea, teria aumentado os desafios do sistema mundial e encurtado a distância entre as políticas domésticas e as internacionais ou globais, incluídas aquelas da área de saúde. Este argumento é amparado por Fidler (2009), entre outros, segundo o qual “o fim da Guerra Fria teria levado os formuladores de políticas de saúde a considerarem a necessidade da ação coletiva dos Estados incluir as organizações intergovernamentais e outros atores não-Estatais” (p. 15) para a resolução de um amplo espectro de temas de saúde.

Registra-se também a mudança no *status* da questão da saúde nas agendas das políticas externas no período da Guerra Fria e a partir dos anos 1990. Considerada inicialmente como “*lowpolitics*”, passou a ocupar a agenda do Conselho de Segurança das Nações Unidas e do G-8, como tema do debate sobre a globalização e a segurança global. Nesse contexto, Almeida (2013) elenca três desenvolvimentos que chamam a atenção: i) expressivo aumento no financiamento para essa área; ii) crescente número de atores e instituições atuando no setor; e iii) foco em apenas uma ou poucas e específicas doenças (p. 9).

Outro elemento, relevante decorrente da globalização, diz respeito às diferentes percepções de seus impactos na área social e, conseqüentemente, entre as noções de “risco”, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (ALMEIDA 2007/2008 e 2013a, FIDLER, 2008). Fidler (2009) considera que, nos primeiros, a sensação de ampliação dos riscos e da vulnerabilidade estaria vinculada ao incremento dos fluxos transfronteiriços de produtos e pessoas, além da violência, exacerbados pelos reveses econômicos bruscos e pelas catástrofes ambientais; e Almeida

(2013a) identifica que nos países em desenvolvimento esse aumento da sensação de vulnerabilidade estaria expressa “no aumento da pobreza e na falta de acesso a bens e serviços, resultado de carências históricas agravadas pelos impactos das desigualdades” (ALMEIDA, 2013a, p. 11).

O ponto em comum de ambas as realidades é a percepção disseminada de que os Estados nacionais seriam incapazes de atender as necessidades de saúde de suas populações e responder de forma efetiva às pressões impostas pela nova dinâmica mundial, na qual proliferam novos riscos, com graves impactos sobre a saúde, como a emergência e re-emergência de doenças transmissíveis (sem os devidos antídotos); emergência de patógenos resistentes à medicação; disseminação de enfermidades crônicas não-transmissíveis relacionadas ao consumo de produtos danosos à saúde; generalização dos efeitos da poluição e das modificações ambientais; e o aumento da violência. Almeida (2013a) aponta ainda que a convergência desses eventos e sua conexão com interesses geopolíticos específicos atribuiriam significado estratégico a esses problemas. Em certa medida, a análise de Fidler (2009) condiz com essa perspectiva, ao afirmar que o interesse por esses problemas e sua relação com a formulação das políticas externas seria conduzido pelas crises (p. 21). Ambos os autores concordam que essa dinâmica ressalta as desigualdades no mundo, assim como as assimetrias de poder entre os diferentes atores no plano internacional e no sistema mundial.

Aparentemente, as mudanças na composição dos atores da arena internacional da saúde e os incrementos no volume de recursos financeiros e de iniciativas globais voltadas para as questões de “saúde global” não resultaram em mudanças significativas na melhora das condições de vida e saúde das populações.

Para o que nos interessa analisar neste trabalho, o conceito de “saúde global” adquire relevância, apesar de ser um termo sem definição conceitual precisa, mas cujo uso aumentou ao longo das últimas décadas, praticamente substituindo a expressão “saúde internacional” (ALMEIDA, 2007/2008; ALMEIDA, 2010). Na perspectiva de Garay et al. (2013), esta mudança não é fortuita e refletiria a tendência de considerar um “mundo muito mais inter-relacionado e interdependente, com amplo escopo de atores e fatores influenciando as vidas das pessoas” (p. 3, tradução livre). O termo “internacional” estaria mais associado ao papel das nações e às relações entre governos nacionais. Assim, os autores consideram que, embora ainda se apliquem os termos “saúde global” e “saúde internacional” de forma aleatória, o último estaria mais relacionado aos problemas de saúde que “envolvem o diálogo, acordos e ações de governos nacionais” (GARAY e al., 2013, p. 3, tradução livre).

Para esses autores, o termo saúde global refletiria noções sobre o “estado de saúde da população mundial; as relações complexas e bidirecionais da saúde com outros fatores globais, cuja influência estende-se para além das fronteiras nacionais; e um crescente escopo de atores além das

instituições oficiais e dos governos, os quais tradicionalmente dominaram a dinâmica da saúde internacional” (GARAY et al, 2013, p.5, tradução livre).

Formalmente, algumas instituições já teriam adotado o termo “saúde global”, como o *Global Health Education Consortium*, dos EUA, definido como “questões e preocupações de saúde que transcendem as fronteiras nacionais e requerem ação coletiva (baseada em parcerias)” (GARAY et al., 2013, p. 8, tradução livre). No âmbito das Nações Unidas, apesar de indefinido, o termo tem sido aplicado em diversas resoluções das Assembleias Mundiais da Saúde nos últimos anos, em particular no lançamento do 11º Programa-Geral de Trabalho (2006), que definiu a “agenda global da saúde” e o “papel da OMS em matéria de saúde global”. Outros termos como “parceiros da saúde global”, “comunidade da saúde global” e “parcerias de saúde global” também foram empregados frequentemente em outras resoluções da AMS depois de 2006. Não menos importantes são as políticas de saúde global adotadas por países centrais, como Japão, Reino Unido, EUA e Suíça, onde também não se encontram definições precisas, mas a influência globalizada e multissetorial sobre a saúde é evidenciada.

Por sua vez, Almeida et al. (2013) argumentam que, por detrás de um termo com tão amplos significados, há um conjunto de lógicas que “têm estruturado o pensamento político global, as respostas institucionais e as práticas na saúde desde a queda do Muro de Berlin” (p.1). Nesse sentido, embora o conceito de “saúde global” incorpore diversos significados, podem ser identificados dois focos principais na maior parte das definições: um centrado no excessivo foco das ações nas doenças, em algumas poucas – epidêmicas ou endêmicas – e, outro voltado para a necessidade de controle global dos problemas de saúde, comumente associado a objetivos geopolíticos (ALMEIDA, 2010 e 2013a).

Nesse sentido, a saúde global poderia ser compreendida como o resultado da “influência permanente e recíproca entre relações internacionais e problemas de saúde” (ALMEIDA et al., 2013, p. 1, tradução livre) e se constituiria, portanto, como “um campo científico e político disputado por diferentes atores, disciplinas e paradigmas” (ALMEIDA et al., 2013, p. 2, tradução livre), cenário em que as relações de poder resultam em iniquidades nas condições de vida, deficiências na oferta de serviços assim como na produção e distribuição de medicamentos e outras tecnologias de saúde.

O caráter multidisciplinar da saúde global orienta a análise da saúde para além do seu caráter médico e biológico, sugerindo considerarem-se as inflexões de caráter político, social e econômicos que se relacionam com forças estruturais complexas, as quais demandam uma agenda ampla de mudança social. A saúde global torna-se, assim, um “*locus* de relações de poder e de construção de forças políticas para que as prioridades de saúde sejam alcançadas”, onde as diferentes dinâmicas

das relações que aliam ou opõem os atores envolvidos são capazes de promover alianças políticas que influenciam as mudanças (ALMEIDA et al., 2013, p. 2, tradução livre).

Para Ferreira et al. (2013, p. 1, tradução livre), “a saúde humana é indubitavelmente o resultado de um processo biológico e sócio-econômico complexo”, do que se infere que as iniquidades de saúde são a base dos problemas de saúde. Buss et al. (2007) acrescentam que agir sobre a saúde humana e alcançar resultados positivos exige atuar sobre os determinantes da saúde, que são políticos, econômicos, culturais e ambientais, nos níveis local, nacional e global. Coordenar as ações dos diversos atores no setor saúde e dos demais setores com impactos diretos e indiretos sobre a saúde das populações exige mobilização em todos os níveis, no sentido de se alcançar uma governança global da saúde.

Nesse sentido, Ferreira et al. (2013) apontam o desequilíbrio de forças no plano global e a sua poderosa influência sobre o desenvolvimento e, conseqüentemente, sobre a saúde humana e o meio ambiente. Esse desequilíbrio manifesta-se pela perda de importância do multilateralismo, representado pelas Nações Unidas, em contraposição ao fortalecimento dos países centrais, em particular os do G8 e das instituições associadas, tais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional, a Organização Mundial do Comércio, a Organização Mundial sobre a Propriedade Intelectual, entre outras. Apesar dos incrementos nos fluxos internacionais de Ajuda Externa ao Desenvolvimento, por intermédio de vários programas de escopo global, e da ação de programas bilaterais, como a “*US Global Health Initiative*”, não se observa nenhuma melhoria na distribuição da carga de enfermidades (GOSTIN, 2012).

Para Ferreira et al. (2013), seria necessário um novo pacto global em torno do sistema das Nações Unidas, que maximizasse o papel de suas agências e promovesse a supressão daquelas que duplicam ou replicam as atividades de suas semelhantes, como é o caso da UNAIDS e OMS. Consideram, portanto, ser necessário um novo padrão de cooperação internacional amparado sobre um “multilateralismo renovado”, que incluía “uma perspectiva multissetorial capaz de promover o desenvolvimento de todos os objetivos do milênio, estendida idealmente para o período pós-2015” (FERREIRA et al. 2013, p. 5). Ou seja, que no contexto de globalização, a ação do conjunto (OMS, outras agências da ONU e Estados membros) possa levar ao alcance de mais equidade em saúde, reduzindo a pobreza, reorientando recursos para o fortalecimento dos sistemas de saúde e agindo sobre os determinantes sociais da saúde. A reforma da OMS estaria inserida nessa perspectiva.

Todo esse debate remete ao conceito de governança global, termo muito usado recentemente, mas ainda sem muita precisão. Alguns autores referem que implicaria na ampliação da coerência, efetividade e legitimidade das instituições internacionais existentes, com vistas a identificar e preencher as lacunas existentes na estrutura de regulação das instituições multilaterais.

Para tornar-se efetiva, a governança global pressuporia alterações nas regras para sua institucionalização multilateral, na medida em que incorporaria a concepção de que a atuação conjunta de diferentes instituições e organizações, inclusive não-estatais ou governamentais, complementaria a ação dos governos locais, regionais e nacionais. A ordem internacional pressuporia, portanto, uma participação mais democrática e uma relação mais legítima entre diferentes atores (GODUE, 1992; PANISSET, 1999; ROVERE, 1992 apud ALMEIDA et al, 2007/2008).

Garay et al (2013) apresentam uma discussão sobre a evolução desse conceito e elencam algumas definições que podem sustentar o debate sobre o tema. Para o *Global Health Education Consortium* (GHEC), o conceito de governança da saúde global refere-se “ao uso formal ou informal de instituições, regras e processos por Estados, organizações governamentais e atores não-estatais para lidar com os desafios à saúde que requerem ação coletiva transfronteiriça” (GARAY et al., 2013, p. 5, tradução livre)

Já Fidler (2010) argumenta que os desafios correntes à saúde, materializados pelos riscos, pelos determinantes sociais e imperativos da dignidade humana e da justiça social, elevam a escala e o conteúdo da governança global da saúde. Para Garay et al. (2013), entretanto, “os mecanismos de ação coletiva disponíveis não seriam adequados para uma governança coordenada, multissetorial e centrada na saúde” (p. 6, tradução livre).

Para Fidler (2010), a governança global em saúde extrapolaria os contornos puramente humanitários e passaria a ser considerada importante para a segurança nacional e internacional, para o bem-estar econômico doméstico e internacional e para o desenvolvimento social e econômico dos países menos desenvolvidos. Esse autor afirma que, na medida em que os desafios se expandem, cresce a relevância conferida pelos Estados em formular seus interesses articulando e avançando em seu debate nos foros diplomáticos pela ação coletiva.

Menciona-se ainda que outro complicador seria a instalação dos novos arranjos institucionais que tomaram corpo para responder a problemas específicos, como a epidemia de HIV/AIDS, as emergências internacionais em saúde pública, a pandemia de doenças tabaco-relacionadas, entre outras. Por exemplo, a “ameaça” da pandemia de HIV/AIDS gerou um regime multifacetado que envolve a UNAIDS (criada em 1996), o Fundo Global (fundado em 2002), iniciativas do G8, amplo financiamento para o tratamento e extenso engajamento de ONGs. Já as doenças tabaco-relacionadas levaram a OMS à adoção, em 2003, da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), o primeiro tratado criado sob os auspícios do artigo 19 da Constituição da OMS, que se vincula a grande envolvimento de movimentos globais anti-tabagismo. Já as ameaças naturais ou produzidas pelo homem, juntamente com acidentes químicos

e radiológicos, mobilizaram a comunidade internacional no sentido da revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em 2005. Assim, o produto final conecta a saúde global a interesses relacionados à segurança, economia, desenvolvimento e dignidade humana, e constitui uma das grandes inovações em termos de diplomacia da saúde (FIDLER, 2010).

Fidler (2010) acrescenta, ainda, que a governança global da saúde tem-se tornado cada vez mais importante em arenas que extrapolam o setor. As controvérsias envolvendo questões de caráter comercial (o caso dos acordos sob os auspícios da OMC) e as preocupações relacionadas à capacidade de vigilância e resposta contra o bioterrorismo, geradoras das Convenções sobre Armas Biológicas, representam como os formuladores de políticas de saúde são capazes de influenciar iniciativas de reformas em setores como a economia, alimentos, energia e mudança climática. No cume dessas iniciativas, instalam-se os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), uma vez que três dos oito objetivos são específicos da saúde (reduzir a mortalidade na infância; melhorar a saúde materna; e combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças), enquanto outros quatro têm efeitos sobre os determinantes sociais da saúde, em particular sobre a pobreza, a fome, a educação, a igualdade de gênero e a proteção ao meio ambiente. Ainda assim, argumenta que a efetividade das novas respostas às ameaças à saúde global tem sido questionada, na medida em que a profusão de atores, instituições, iniciativas e financiadores tem criado um ambiente caracterizado pela competição política, redundâncias, fragmentação, falta de mecanismos de estabelecimento de prioridades baseadas em evidência, além de desperdício de recursos e incoerência normativa. Interessante observar que a demanda por melhor coordenação e coerência de políticas ecoa de forma similar no seio dos governos nacionais no tocante à colaboração entre agências e a estratégias de governo transversais e inclusivas.

Complementam a discussão de Fidler (2009) as percepções de Feldbaum et al. (2010), que sublinham o crescente uso do termo “diplomacia da saúde”, que avança na formalização de acordos internacionais em saúde como também em esforços para promover o papel da saúde global na política externa. Os autores argumentam que os esforços diplomáticos em torno de questões sanitárias datariam de meados do século XIX, na instalação das primeiras Conferências Sanitárias voltadas à discussão da cooperação no combate a enfermidades transmissíveis, que se disseminaram pela melhoria dos meios de transporte.

Os autores destacam a importância da revisão do Regulamento Sanitário Internacional (1995) para salientar as tensões entre os interesses econômicos e as preocupações de saúde, particularmente em função do impacto de doenças transmissíveis. Outro exemplo de articulação diplomática em saúde seria a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que teria representado a primeira oportunidade em que a OMS teria utilizado sua autoridade para formalizar

um tratado em saúde global. Embora contasse com ampla evidência para sustentar suas proposições, a Convenção sofreu forte oposição de grandes produtores de tabaco ou de empresas que fabricam produtos com tabaco, que foram capazes de aprovar flexibilidades no texto final do acordo. Para Feldbaum et al. (2010), o RSI e a CQCT seriam negociações diplomáticas que representariam triunfos da saúde global no campo da política externa, mas denotariam também a força dos interesses privados e, muitas vezes, estatais para facilitar ou dificultar o alcance de objetivos de saúde global.

Apesar disso, os autores ressaltam diversas iniciativas que estariam advogando pela aplicação da diplomacia a serviço dos objetivos de saúde global. Entre eles, estariam a Declaração Ministerial de Oslo (2006), que sublinha a importância da saúde como tema de política externa e a necessidade de um foco estratégico na agenda internacional. Feldbaum et al. (2010) destacam as políticas específicas do Reino Unido e Suíça, além da ação objetiva dos corpos diplomáticos de países como Tailândia, Brasil e Indonésia em temas relacionados à saúde.

Importante destacar a ressalva dos autores com relação a ações diplomáticas em saúde que atendem a outros interesses, como os navios assistenciais militares norte-americanos que buscam “conquistar corações e mentes pelo uso de intervenções em saúde” (FELDBAUM et al., 2010, p. 87) e dos programas cubano e chinês de cooperação em saúde.

No que diz respeito à relação entre segurança nacional e saúde, Feldbaum et al. (2010) afirmam que, historicamente, os países desenvolvidos adotaram ações de saúde pública como medida de proteção da segurança nacional e promoção de seus interesses comerciais. Ao longo do século XX, as melhorias das condições sanitárias e a diminuição das ameaças de doenças pela utilização de vacinas e antibióticos teriam reduzido a importância da saúde para a segurança nacional. No entanto, a partir da década de 1990, com a crescente interdependência dos países, as doenças infecciosas voltaram ao topo da agenda de segurança nacional.

Para os autores, os surtos de doenças infecciosas e a ameaça de bioterrorismo teriam dominado as recentes discussões de segurança nacional sobre saúde global, o que poderia sugerir que esses temas ganham prioridade quando ameaçam interesses estatais. Feldbaum et al. (2010) levantam a hipótese de que os países em desenvolvimento seriam resistentes às ações de países desenvolvidos no campo da segurança nacional, dado que atenderiam apenas aos interesses desses últimos.

Os autores destacam ainda as contradições relacionadas às intervenções de saúde utilizadas de forma contraditória em situações de conflito. A saúde poderia ser uma “ponte para a paz” (FELDBAUM et al., 2010, p. 88), embora alguns críticos argumentem que a efetividade dessas

medidas seja questionável, dado que atores militares e não-estatais estariam utilizando essas intervenções para “apoiar a pacificação, acumular inteligência local e premiar os locais pela sua colaboração” (FELDBAUM et al., 2010, p. 88).

Feldbaum et al. (2010) afirmam que a ação estatal em saúde seria motivada frequentemente mais por interesses de política externa do que pelo desejo de se promover a equidade em saúde ou alcançar benefícios humanitários. Para os autores, apesar de poucas evidências sustentarem o argumento de que a política externa estaria sendo orientada pela saúde, a saúde global teria afetado a prática da política externa nas ocasiões e conjunturas em que os interesses de ambas as áreas se alinham.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho, a estratégia de pesquisa utilizada foi o estudo de caso, amparada em técnicas qualitativas para o levantamento de dados, a revisão bibliográfica, ampla análise documental e observação social.

A escolha da estratégia de estudo de caso fundamenta-se na proposta de Yin (2003), que recomenda utilizá-la quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos ou quando o foco do estudo são fenômenos contemporâneos inseridos em seu contexto na vida real (YIN, 2003). Essa escolha baseia-se também na análise de Becker (1994), para quem o estudo de caso tem origem na tradição médica e psicológica, que exige a análise detalhada de determinados fenômenos, para a apreensão do mais amplo conhecimento sobre um único caso. O estudo de caso, transposto para a ciências sociais, tornou-se uma de suas mais importantes modalidades de análise (BECKER, 1994, p. 117).

Para Yin (2003), o estudo de caso contribui de forma inigualável para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos e se aplica a diversas disciplinas, guiado pelo desejo da compreensão de fenômenos sociais complexos. Permite a preservação de características holísticas e significativas dos eventos, como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças em regiões urbanas, relações internacionais e maturação de alguns setores (YIN, 2003). Esta visão é compartilhada por Becker (1994), para quem o estudo de caso é mais frequentemente aplicado a uma organização ou comunidade, embora casos sobre indivíduos particulares também sejam estudados.

Yin (2003) considera que a aplicação de questões do tipo “como” e “por que” seriam mais adequadamente respondidas com estudos de caso do que com pesquisas históricas, dado que “lidam com ligações operacionais que necessitam ser traçadas ao longo do tempo, em vez de serem encaradas como meras repetições ou incidências” (YIN, 2003. Pg. 25).

Becker (1994), por sua vez, identifica dois propósitos nos estudos de caso: (i) alcançar a compreensão abrangente do objeto em estudo (com todos seus componentes); e (ii) tentar desenvolver elaborações teóricas mais gerais sobre as regularidades do processo e estruturas sociais. O estudo de caso tem, portanto, que lidar com uma série de problemas teóricos e descritivos, o que leva o pesquisador a concentrar-se em alguns poucos problemas que parecem de maior importância, em função das limitações naturais para se apreender o “todo” completo.

Para Becker (1994), no estudo de caso o pesquisador passa a reconhecer as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos que observa e a questionar determinadas pressuposições. Para

alcançar esses objetivos, o pesquisador precisa estar munido de técnicas específicas de coleta e análise de dados.

Nas técnicas de observação social, o grau de participação do pesquisador-observador modela e é modelado de acordo com as exigências do estudo. A imersão do pesquisador como ator participante do fenômeno que pretende estudar lhe permite, por um lado, familiaridade com as dinâmicas internas dos processos sob análise, mas, por outro, exige também certo distanciamento. O papel do pesquisador é registrar o mais completamente possível o material de que dispõe.

A minha participação como parte da equipe do Brasil nas reuniões da OMS, nos primeiros estágios do processo atual de reforma da organização até a instalação do Diálogo Financeiro, se encaixa nessa situação. A imersão como funcionário de Governo nas reuniões especializadas sobre a reforma e nas demais reuniões dos órgãos diretivos da OMS, como o Comitê de Programação, Orçamento e Gestão (*Programme, Budget and Administration Committee - PBAC*), o EB e a AMS permitiu-me ter acesso aos documentos ao mesmo tempo em que eram debatidos e que envolviam atores variados de diversas instituições e blocos, como os países da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) e do Fórum BRICS, além de atores dos países desenvolvidos. Nessas reuniões, também tive a oportunidade de diálogo com o Secretariado da OMS, incluindo a Diretora-Geral, Dra. Margaret Chan, com quem foi possível trocar impressões a respeito das dinâmicas do processo.

Sobre as várias técnicas de pesquisa, Yin (2003) argumenta que, diferentemente do historiador, no estudo de caso o pesquisador poderá utilizar a observação direta na sua investigação.

Becker (1994) alerta para o risco de o observador “enxergar” apenas o que suas hipóteses orientam, dado que ele pode se ver confrontado pelo *bias* relacionado à sua vinculação com o objeto de pesquisa. Para evitar essa situação, Becker recomenda que o pesquisador reproduza “cuidadosamente um relato completo de todos os eventos observados, formulando hipóteses tentativas à medida que o trabalho de campo prossegue” (BECKER, 1994, p. 121).

Para esta pesquisa, adotamos a definição de Yin (2003) que considera que o estudo de caso é uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2003, p. 32). Ou seja, o pesquisador pode destacar determinado fenômeno de seu contexto e dedicar atenção a apenas algumas variáveis (contexto “controlado”).

Yin (2003) aponta que a “investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá mais variáveis de interesse” a partir de “várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo”, que se beneficia “do

desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados” (YIN, 2003, p. 33). Esse processo de confrontamento entre os dados levantados a partir de diferentes fontes qualitativas é chamado de triangulação.

No caso específico deste estudo, a técnica mais amplamente utilizada foi a análise documental tanto porque a bibliografia publicada disponível sobre o tema desta pesquisa é escassa, quanto pela necessidade de análise das tendências da formulação das propostas orçamentárias da OMS desde meados da década de 1990 até a elaboração do 12º PGT (WHO, 2013a).

Para Sá-Silva et al. (2009), a importância do uso de documentos se justifica pela riqueza de informações e pela possibilidade de “ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural” (SÁ-SILVA, 2009, p.2), podendo representar o único registro disponível de uma determinada época. Outra possibilidade é a de os documentos demonstrarem a “maturação ou evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros” (CELLARD, 2008 apud SÁ-SILVA, 2009, p. 2).

Uma das preocupações de Sá-Silva et al. (2009) diz respeito à descrição dos instrumentos e meios de realização da análise dos documentos, que inclui desde o percurso utilizado pelo pesquisador para encontrá-los até as decisões que tomou no seu manuseio, na organização e classificação do material e na elaboração das categorias de análise.

Para diferenciar a pesquisa documental da pesquisa bibliográfica, Sá-Silva et al. (2009) consideram que os documentos não se limitam apenas aos textos escritos, podendo abarcar uma ampla série de registros (fotos, vídeos, slides, etc.), cujo conteúdo venha a “elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador” (SÁ-SILVA, 2009, p. 5). Já a pesquisa bibliográfica está centrada em fontes que “já são reconhecidas de domínio científico” (OLIVEIRA, 2007 apud SÁ-SILVA, 2009, p. 5), portanto, fontes secundárias, e a pesquisa documental está centrada em documentos que nunca receberam tratamento científico e se encaixam, portanto, nas fontes primárias.

Neste trabalho, as duas técnicas foram aplicadas. O histórico da OMS e o surgimento e consolidação dos demais atores no plano internacional foram amplamente debatidos pela literatura corrente. Entretanto, no que se refere ao processo de reforma em curso, são muito poucos os artigos e textos publicados. Foram pesquisadas as seguintes fontes bibliográficas: a *SciELO Public Health* (disponível em <<http://www.scielosp.org>>), a *Medical Subject Headings - MeSH* (disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>>) e a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (disponível em

<<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>>). Também foram utilizados os textos utilizados como bibliografia nas disciplinas do Mestrado.

Tendo em vista a escassez de trabalhos que tratem detalhadamente das propostas orçamentárias da OMS, fez-se necessária uma análise detalhada de documentos primários, disponíveis em bases de dados eletrônicas da própria organização³. Nesses sítios eletrônicos foram selecionados discursos de Diretores-Gerais, documentos de trabalho das Assembleias Mundiais da Saúde e do Conselho Executivo, assim como relatórios de reuniões especializadas para a formulação das propostas orçamentárias, planos-gerais de trabalho e textos associados. O processo atual de reforma da OMS também está amplamente documentado nas mesmas bases de dados da Organização.

Foram levantados cerca de 250 documentos no período de 1998 a 2014 (vide Quadro de Documentos da OMS, no Anexo I), dos quais foram selecionados 59⁴. Para analisar esses documentos foram seguidas as orientações de Sá-Silva et al. (2009), particularmente em relação à preocupação com os obstáculos e armadilhas que, segundo os autores, podem ser contornadas para que a mensagem contida nesses documentos seja apreendida adequadamente. Foi feita uma análise preliminar dos documentos, considerando-se o contexto, o autor, a autenticidade e confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e sua lógica interna.

Sobre o contexto, Sá-Silva et al. (2009) recomendam atentar para o período em que o documento foi produzido, além do universo político do autor e daqueles a quem o material foi destinado. Nesse sentido, é igualmente importante avaliar a ausência de outros registros para o mesmo evento. Os autores recordam a necessidade de se verificar também a procedência do material (autenticidade), assim como a relação entre o autor e o fato analisado (confiabilidade). Assim, para esses autores, o pesquisador também deve se concentrar na natureza do documento, que pode facilitar ou complicar a compreensão de seu conteúdo. Finalmente, o pesquisador não pode deixar de identificar os conceitos-chave e a lógica interna do material analisado, para compreender

³ As bases consultadas foram: “*About WHO*” (disponível em: http://www.who.int/about/who_reform/en/); “*Governing Body Documentation – Archived Documents from 1998 to 2006*” (disponível em <http://apps.who.int/gb/archive/>); “*Governing Body Documentation - Documentation in all official languages of WHO for Executive Board sessions and Health Assemblies*” (disponível em: <http://apps.who.int/gb/>) e, particularmente, a “*WHO reform process: documents*” (disponível em: http://www.who.int/about/who_reform/documents/en/). Todos os acessos foram realizados de outubro de 2013 a maio de 2014).

⁴ Foram selecionados 9 discursos dos DGs; 8 propostas orçamentárias e 5 documentos anexos; 2 planos-gerais de trabalho; 1 plano estratégico de médio-prazo; 2 relatórios financeiros; 2 documentos sobre a problemática atual do financiamento da OMS; 25 documentos sobre o processo de reforma corrente; e 3 documentos sobre o Diálogo Financeiro

o contexto exato em que esses conceitos foram aplicados e a maneira pela qual se construiu a argumentação presente no documento.

Neste trabalho, grande parte dos documentos analisados foram produzidos pelo Secretariado da OMS, mas não há registros de todos os debates que levaram à sua elaboração, exceto aqueles que ocorreram nas AMS, principalmente as de 1998, 1999, 2001, 2003, 2005, 2006, 2008, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014, onde se deu o processo de formulação e aprovação desses documentos, conforme regulamentados pela sua Constituição. Esses processos são do meu conhecimento, pela minha participação e experiência como representante do Brasil nessas reuniões, o que me permitiu vivenciar na prática as regras de preparação, debate e aprovação desses documentos.

Uma das dificuldades de análise desse material está relacionada à estruturação das informações apresentadas pelo Secretariado, particularmente a distribuição de receitas regulares e voluntárias entre os programas e entre a sede e as regiões administrativas da OMS. Durante a gestão de Gro Brundtland foram definidas 10 grandes áreas prioritárias e a distribuição das receitas disponíveis foi apresentada seguindo a mesma estrutura nas propostas orçamentárias desse período (2000-2001, 2002-2003 e 2004-2005). Nas gestões de J. W. Lee (2003-2006) e Margaret Chan (2006-2014), as categorias de apresentação do orçamento da OMS foram condensadas ou suprimidas, o que dificultou a comparação do material mais recente com os períodos anteriores. No entanto, essas mesmas modificações indicaram a mudança das prioridades ao longo das gestões nas últimas duas décadas.

Para os efeitos deste trabalho, a pesquisa concentrou-se nos valores gerais das contribuições regulares e no montante das “contribuições voluntárias” (que também são designadas como “extra-orçamentária”), com especial atenção na distribuição dessas receitas pelas grandes áreas prioritárias, mas não se debruçou sobre o seu detalhamento pelas subáreas, o que poderá ser objeto de estudos posteriores. Apesar dessa escolha, foi possível observar as tendências de evolução das receitas regulares desde meados da década de 1980, assim como dos recursos extra-orçamentários ao longo do tempo, particularmente na primeira década dos anos 2000. Esse também foi o método adotado para a distribuição dessas receitas por atividade programática, e também foi possível identificar a origem dos valores e o movimento dos doadores globais.

Sá-Silva et al. (2009) indicam que a etapa seguinte do processo de análise documental é a forma de registro e organização dos dados coletados, a qual possibilita ao pesquisador examiná-los para “tentar detectar temas e temáticas mais frequentes” (SÁ-SILVA et al., 2009, p. 12), e possibilitar a construção de categorias de análise e, talvez, tipologias. Os autores registram que essa não é tarefa fácil, mas indicam que, num primeiro momento, surgem da teoria em que se apoia a investigação, mas se modificam ao longo do processo investigativo, no “confronto constante entre

empíria e teoria” (SÁ-SILVA, 2009, p. 12). Para isso, recomendam a observação cuidadosa dos dados e da regularidade em que determinados conjuntos ou categorias se apresentam.

Para os mesmos autores, o passo seguinte é a avaliação do conjunto, tendo por base os propósitos a que a pesquisa se dedica. O pesquisador pode retornar ao seu material e ampliar seu conhecimento, com novos olhares, sendo capaz de “explorar as ligações existentes entre os vários itens, tentando estabelecer relações e associações e passando a combiná-los, separá-los ou reorganizá-los” (SÁ-SILVA, 2009, p. 13). A partir desse trabalho, o pesquisador será capaz de identificar os elementos que necessitam ser mais aprofundados. Esta dinâmica foi adotada neste estudo.

Assim, as categorias de análise utilizadas foram: reforma organizacional e proposta orçamentária, *vis a vis* prioridades e programas institucionais; constituição orçamentária e formas de repasse financeiro. Foram identificadas analisadas: (i) a evolução dos dois pilares do orçamento geral da OMS – recursos regulares e contribuições voluntárias; (ii) as atividades e programas financiados por cada um dos pilares; (iii) a correlação entre o plano de trabalho e as atividades programáticas em ambos os pilares; e (iv) a distribuição dos recursos entre a sede e os Escritórios Regionais.

Esta dissertação integra, como subprojeto, o “projeto-mãe” intitulado “Relações internacionais e saúde – Política Externa e Cooperação Internacional em Saúde: a Experiência da FIOCRUZ”, que foi aprovado em 23 de maio de 2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP).

ANTECEDENTES DA REFORMA CONTEMPORÂNEA DA OMS

Desde o início do século XX, instituições internacionais atuavam na chamada área de “saúde internacional”, voltadas para questões sanitárias que impactaram, sobretudo, o comércio internacional. Essas organizações antecederam a criação da OMS e estavam sediadas na Europa e nos Estados Unidos.

No Europa, funcionou, na França, desde 1907, o Escritório Internacional de Higiene Pública (*Office International de Hygiène Publique*), cujo foco predominante era a gestão de acordos sanitários internacionais e o intercâmbio de informações epidemiológicas; e a Organização de Saúde da Liga das Nações (*League of Nations Health Organization*), criada em 1920, em Genebra (Suíça), cujas atividades se concentraram no patrocínio do trabalho de Comissões Internacionais e na produção de relatórios técnicos e informações epidemiológicas (BROWN et al, 2006).

Nos EUA, a Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas (*International Sanitary Office of the American Republics*), com base em Washington DC e inserida no aparelho de estado norte-americano, atuava na região desde 1902 e, a partir de 1920, passou a ser denominada Repartição Sanitária Pan-Americana (*International Panamerican Sanitary Office*), teoricamente com autonomia em relação ao governo dos EUA (CUETO, 2004; BROWN et al, 2006). Em 1910, institucionalizou-se na Fundação Rockefeller (criada em 1903) a Divisão Internacional de Saúde (*International Health Division*), atuante no controle de epidemias e doenças infecciosas em diversos países da região das Américas, tendo encerrado suas atividades em 1951. Importante registrar, também, a breve existência (1943-1949) da UNRRA (*United Nations Relief and Reailitation Administration*), também com sede em Washington DC, cuja atuação concentrava-se na ajuda a populações desabrigadas e refugiadas de guerra (VALENTE, 2005; ALMEIDA, 2014).

Ambas as instituições europeias eram sustentadas por “orçamentos modestos e se defrontavam com a oposição velada de agências nacionais e internacionais” (BROWN et al. 2006, p. 627), sobretudo dos Estados Unidos. No entanto, todas as instituições tiveram participação, logo ao final da Segunda Guerra Mundial, nos debates sobre o futuro da “saúde internacional” e a criação da Organização Mundial da Saúde (BROWN et al, 2006).

Em 1945, durante a Conferência de São Francisco, nos EUA, patrocinada pelos vencedores da Guerra, e paralelamente à criação das Nações Unidas no mesmo ano, aprovou-se a institucionalização de uma nova agência mundial especializada em saúde – a OMS –, a partir de proposta do delegado brasileiro Geraldo de Paula Souza e de Szeming Sze, delegado da China (BROWN et al, 2006). Uma comissão de notáveis, amplamente reconhecidos no campo da medicina social europeia, reuniu-se, entre 1946 e o início de 1948, para planejar o estabelecimento

da nova Organização, cujo lançamento formal ocorreu em 1948, em Genebra, durante a primeira Assembleia Mundial da Saúde. Embora as agências europeias tenham sido fundidas à nova agência, a Repartição Sanitária Pan-Americana se transformou na Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em 1958, como parte do esquema de regionalização que a OMS adotou a partir dos anos 1950, e a subsequente criação de seus escritórios nas seis regiões oficiais das Nações Unidas (Américas, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e África) (BROWN et al, 2006; ALMEIDA, 2014). Entretanto, esse processo de anexação foi bastante conflitivo devido à resistência dos EUA em ceder poder para a OMS. Como resultado das negociações, a OPS foi autorizada a manter certa autonomia em relação à sede em Genebra, o que caracteriza a atuação da organização regional (ALMEIDA, 2014).

O processo de legitimação da OMS foi lento e controverso, uma vez que a constituição da Organização exigia a ratificação de todos os Estados-membros, num contexto em que era preciso colaborar para a reconstrução dos sistemas de saúde europeus destruídos pela guerra e, ao mesmo tempo, intervir em problemas de saúde de caráter mundial (CUETO, 2004; BROWN et al, 2006). Nesse processo, os EUA desempenharam papel contraditório, uma vez que ao mesmo tempo em que apoiavam a ONU em suas metas mundiais, conservavam certa autonomia frente à organização, exercendo seu poder hegemônico em nível mundial e utilizando também argumentos de segurança nacional (BROWN et al, 2006). A dinâmica do contexto da Guerra Fria, com a permanente tensão entre EUA e União Soviética (URSS), teve repercussões diretas na OMS. A retirada da URSS e de outros países comunistas da ONU (e, conseqüentemente, da OMS) fortaleceu a ampla influência norte-americana e de seus aliados sobre a organização, que passou a ser “percebida como estreitamente vinculada aos interesses dos EUA” (BROWN et al, 2006, p. 629).

Isso facilitou que a agenda norte-americana prevalecesse no plano global e, em particular, na OMS, pela promoção de modelos de desenvolvimento baseados na transferência de tecnologias centradas em doenças (como a malária), uma espécie de “modernização” restrita, com reformas limitadas, administradas e conduzidas por pequenos grupos de especialistas (MELO & COSTA, 1994; ALMEIDA, 1995, 2006, 2013, 2014; BROWN et al., 2006).

Foi apenas em 1956, com o retorno da URSS às Nações Unidas e à OMS, que os contornos dessa situação começaram a mudar, alterando-se pouco a pouco o equilíbrio político dentro da Assembleia Mundial da Saúde (ALMEIDA, 2014). Ao retornar à organização, a União Soviética defendia a erradicação mundial da varíola por meio da vacinação em massa em campanha mundial, para a qual forneceria as vacinas juntamente com Cuba. Entretanto, esse generoso aporte não era suficiente para um programa global. Essa proposta ia contra uma outra, hegemônica na época, de erradicação da malária e que tinha o apoio de grandes potências, tal como os EUA. Mesmo assim, a

erradicação da varíola teve o apoio da Assembleia Mundial da Saúde, que aprovou um programa global para tal em 1967 (Programa Intensificado de Erradicação da Varíola). Já era então evidente o fracasso da estratégia anterior, e o Programa angariou o apoio de importantes atores internacionais, incluindo os EUA, que o patrocinaram e financiaram, até porque os custos diminuíram pelos avanços tecnológicos para a aplicação da vacina (BROWN et al., 2006; ALMEIDA, 2014).

Nas décadas de 1960 e 1970, mudanças no cenário político global engendraram transformações significativas na OMS, associadas, principalmente, à emergência de novas nações africanas, recém-libertadas do colonialismo e que assumiram seus postos na Assembleia Mundial da Saúde; e da oposição ao modelo de desenvolvimento mundial, materializada nos movimentos dos Países Não-Alinhados, dos direitos civis, de mulheres, entre outros, que acabaram por questionar as prioridades nacionais, inclusive na área de saúde (ALMEIDA, 2014).

Diante dessas pressões, nos anos 1960 a OMS passou a reconhecer que era preciso incentivar melhorias na infra-estrutura de saúde, sobretudo na zona rural, para que programas de controle de doenças tivessem sucesso, sobretudo na África. Estudos técnicos elaborados no final da mesma década concentraram-se sobre a promoção do desenvolvimento de serviços básicos de saúde, que significaram os primeiros passos na direção da que viria a ser chamada Atenção Primária de Saúde (APS) (BROWN et al, 2006).

Nos anos 1970 essa dinâmica se ampliou, com a eleição de Halfdan Mahler para a direção da OMS e com o retorno da China à Assembleia Mundial da Saúde, quando ganha projeção a experiência dos “médicos de pés descalços” chineses, assim como a atuação de médicos missionários na África, Ásia e América Latina, que teriam transformado as condições de saúde em zonas rurais nessas regiões (MATTA, 2005; BROWN et al, 2006).

O estudo sobre a perspectiva de APS foi apresentado à Assembleia Mundial da Saúde em 1973 e chamou a atenção de outras organizações internacionais da ONU, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), culminando, no final da década, na Conferência de Alma Ata (1978), que aprovou a Estratégia da APS como principal mecanismo para o alcance da Saúde para Todos nos Anos 2000 (ALMEIDA 1995, 2006 e 2014).

Mahler, um carismático dinamarquês que conduziu a organização de 1973 a 1988 e que havia combatido a tuberculose no Equador e na Índia (BROWN et al, 2006), viabilizou uma mudança da ótica institucional histórica: do centramento em doenças específicas com perspectiva estritamente biomédica, promoveu um enfoque intersetorial e multidimensional da saúde (ALMEIDA, 1995, 2014; MATTA, 2005), com ênfase na promoção e prevenção e foco nas

condições de vida e saúde das populações, incorporando ações em outros setores além da saúde (como educação, saneamento básico, hábitos e estilos de vida).

A estratégia de Alma Ata obteve amplo apoio dos países em desenvolvimento, mas não teve a mesma acolhida pelos países centrais, que a consideravam “irrealista” e inalcançável (BROWN et al, 2006). Em contraponto a essa estratégia, alguns países desenvolvidos se reuniram em 1979, numa conferência organizada em Bellagio, na Itália, financiada pela Fundação Rockefeller, com o apoio do Banco Mundial e dos EUA, para discutir e aprovar intervenções técnicas com escopo muito menor do que previsto na APS e consideradas facilmente implementáveis, gerenciadas e mensuráveis (idem), resumidas num conceito alternativo ao de Alma Ata – o de Atenção Primária Seletiva –, centrado em intervenções “pragmáticas e de baixo custo”, de escopo limitado e de fácil monitoramento e avaliação (MATTA, 2005; BROWN et al, 2006; ALMEIDA, 2014). Essa nova estratégia foi viabilizada pela UNICEF e operacionalizada por atividades focalizadas em intervenções bem específicas, conhecida pela sigla GOBI (*Growth monitoring to fight malnutrition in children, Oral rehydration techniques to defeat diarrhea diseases, Breast feeding to protect children, and Immunizations*), para a qual foi destinado grande volume de recursos (em particular do Banco Mundial, de entidades privadas e de agências de ajuda ao desenvolvimento) (ALMEIDA, 2014).

A projeção do Banco Mundial (BM) na área da saúde, na década de 1980, particularmente durante a gestão de McNamara (1968-1981), contribuiu para o aprofundamento desse cenário de embates (ALMEIDA, 1995, 2006, 2014). Constituído inicialmente para apoiar a reconstrução europeia no pós-guerra, o BM expande suas atividades ao longo dos anos, viabilizando subvenções, empréstimos e assistência técnica para países em desenvolvimento e, na década de 1970, passou a financiar investimentos em capital e infra-estrutura, controle populacional, saúde e educação (PEREIRA, 2010; ALMEIDA, 2014). Para conceder esses empréstimos, o BM exigia maior eficácia na aplicação dos recursos e levantava a discussão sobre o papel dos setores público e privado no financiamento da atenção à saúde (ALMEIDA, 1995, 1996, 2006 e 2014). O Banco favorecia mercados livres e minimizava o papel dos governos nacionais, além de adotar medidas de “ajuste estrutural” que aumentaram em muito as desigualdades sociais por todo o mundo. Esse período coincide com a erupção da epidemia da HIV/AIDS (ALMEIDA, 2014).

Para agravar esse quadro de fragmentação das atividades programáticas da OMS, na década de 1980 as diretrizes institucionais aprovadas pelos órgãos diretivos da organização passaram paulatinamente a ser financiadas crescentemente por doações voluntárias, enquanto as contribuições regulares começaram a diminuir. O voto pelo congelamento do orçamento da OMS na Assembleia Mundial da Saúde de 1982 e a decisão dos EUA, em 1985, de diminuir para apenas 20% do valor

de sua contribuição oficial às Nações Unidas, em protesto à adoção do Programa de Medicamentos Essenciais da OMS (BROWN et al, 2006; ALMEIDA, 1995, 2006 e 2014), enfraqueceram ainda mais a capacidade da organização em dar seguimento às agendas aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde. Esta realidade, somada às crescentes críticas à OMS, por sua pouca efetividade em nível global. Na década de 1980, os aportes de fontes extra-orçamentárias ultrapassaram as contribuições regulares e deterioraram fortemente o poder decisório e de condução institucional de programas e projetos pela OMS (ALMEIDA, 2014).

Para esta autora, “o financiamento da OMS foi deslocado, dessa forma, da política estratégica definida pela organização para as “prioridades” e “políticas” definidas fora dela, por outras organizações” (ALMEIDA, 2014, p. 24), reduzindo, conseqüentemente o poder de decisão da Assembleia Mundial da Saúde e neutralizando a capacidade de influência dos países em desenvolvimento recém incorporados (e que eram a maioria de seus membros) nas decisões institucionais, enquanto amplia-se na arena setorial a influência de novos atores, públicos e privados.

O “enterro simbólico” (ALMEIDA, 2014, p. 25) da OMS deu-se a partir da eleição do controverso japonês Hiroshi Nakajima, ex-Diretor do Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático que, mesmo com estilo considerado polêmico e pouco expressivo, permaneceu no cargo durante 10 anos (1988-1998). Para Brown et al (2006), o novo diretor teria sido eleito sem o apoio de muitos países europeus e dos EUA. Para Almeida (2014), sua eleição teria representado a “articulação de forças internas e externas que preferiam uma OMS menos combativa, mais inexpressiva e alinhada com interesses dominantes” (p. 25).

Matta (2005) chama atenção para o fato da retirada da OMS das “controvérsias internacionais, na gestão de Nakajima, retornando para as águas tranquilas dos consensos médico-tecnológicos” (p. 86). Nesse mesmo período, segundo Almeida (2014), ampliam-se as iniciativas e programas “complementares” e paralelos à OMS, que atuam em áreas específicas em âmbito internacional, com autonomia decisória e fortemente financiados por fontes externas, sendo o BM um dos maiores financiadores (ALMEIDA, 2014, p. 27).

Godlee (1994) sugere que as falhas estruturais da OMS teriam se exacerbado pela eleição para o posto de Diretor-Geral de Hiroshi Nakajima, em 1988, que substituiu Halfden Mahler. A fraca atuação de Nakajima teria levado a organização a perder crescentemente seu espaço, ao retomar seu papel tradicional. Para essa autora, somados a essa situação, havia os problemas de comunicação de Nakajima, que se estendiam para além de sua equipe, em função tanto de sua dificuldade com línguas estrangeiras quanto por sua inabilidade política.

Para vários autores a gestão de Nakajima foi autocrática, com comandos diretos do Diretor Geral (DG), e marcada pela multiplicação de postos aparentemente desnecessários, motivando o aumento do número de reclamações junto à Organização Internacional do Trabalho (OIT) e de medidas disciplinares que esta teve que tomar para regular os mandos e desmandos do DG da OMS (GODLEE, 1994, p. 1426). O resultado dessa situação teria sido uma crescente atmosfera de descrédito e inércia organizacional.

Sem compartilhar o descontentamento na sede da OMS em Genebra, Godlee (1994) afirma que os escritórios regionais ampliaram sua autonomia nesse período com o estabelecimento de políticas e estratégias próprias. Nakajima avaliava que a estrutura descentralizada seria a maior força da organização, se bem organizada, embora reconhecesse que a descentralização se traduziria em problemas de transparência e morosidade de ação, a depender da região.

Outro crítico da situação da OMS em meados da década de 1990 é Richard Smith (1995), que afirmou que a Organização não resistiria, caso não mudasse, e que o mundo necessitava de uma entidade capaz de abarcar todos os problemas de saúde, uma vez que vários desses problemas não poderiam ser enfrentados por países individualmente, tanto em função de sua amplitude como devido às limitações de recursos e de capacidade técnica para tal. Isso exigiria também uma liderança internacional forte.

Para Smith (1995), a OMS não dispunha de liderança efetiva e estaria perdida em relação à sua missão, direcionamento e definição prioridades. Além disso, estaria “funcionando de maneira pesada, mal-gerenciada, burocrática e se ressentindo da corrupção [reinante]” (p. 543, tradução livre). Smith aponta que este cenário estaria afastando os países doadores de contribuírem para a OMS e estimulando os investimentos em “programas extra-orçamentários”, sobre os quais teriam mais controle, exacerbando os problemas da OMS.

Smith (1995) sublinha, ainda, a necessidade de se fortalecer a liderança na OMS, o que demandaria a emergência de um “novo líder” capaz de agir num cenário de rápidas mudanças e de responder a uma agenda política que incluiria esclarecer o papel da Organização, estabelecer novas prioridades e diminuir o número de funcionários. A OMS não poderia mais “tentar fazer de tudo de forma mediana”, mas poderia “executar algumas poucas tarefas de forma exemplar” (p.544, tradução livre). Seria necessário, assim, um programa de reforma estrutural, que incluiria a revisão do papel dos escritórios regionais e a reorientação do orçamento da OMS para suas prioridades, sujeito a revisões regulares.

Em meados da década de 1990 revistas acadêmicas de prestígio apontavam para a crise da OMS e sua perda de liderança na arena internacional e para a necessidade de reestruturação e

renovação política e administrativa (ALMEIDA, 2014; MATTA, 2005; BROWN et al. 2006). Uma das causas dessa perda de legitimidade teria sido a crise orçamentária que a organização enfrentava desde meados da década de 1980.

Desde essa época, a composição do orçamento da OMS tem recebido crescentes aportes de fundos extra-orçamentários, indicando clara transição da predominância das fontes regulares que constituem seu orçamento (obtido pelas contribuições dos Estados-membros) para uma predominância de fundos “extra-orçamentários”, provenientes de agências multilaterais, países doadores e agentes privados (MELO & COSTA, 1994; ALMEIDA, 1995, 2006, 2013 e 2014; BROWN et al, 2006; REID et al, 2003). Ao mesmo tempo, as contribuições regulares que a OMS recebia de seus países membros permaneceram congeladas desde o início da mesma década.

Brown et al. (2006) referem que, em 1986 e 1987, os fundos extra-orçamentários representavam em torno de US\$ 437 milhões frente a um orçamento regular de cerca de US\$ 543 milhões. Entretanto, já no início da década de 1990, esta relação se inverteu, e os fundos extra-orçamentários ultrapassaram em US\$ 21 milhões o orçamento regular da OMS, passando a representar 54 % do orçamento total da organização (BROWN et al., 2006, p. 635).

Na medida em que essa tendência se firmava, o dilema enfrentado pela OMS era de que, diferentemente do orçamento regular, destinado exclusivamente ao cumprimento dos programas, prioridades e políticas aprovados pelos órgãos diretivos da OMS, os recursos extra-orçamentários estariam voltados à implementação de programas específicos, cujas prioridades seriam determinadas pelos próprios doadores. Embora se somassem ao orçamento geral da organização, os fundos extra-orçamentários “aumentam as dificuldades de coordenação e continuidade, causam imprevisibilidade financeira e uma grande dependência de doadores específicos” (WALT, 1993, p. 129 *apud* BROWN et al., 2006, p. 637).

Em meados da década de 1990, outros atores discutiram os fatores que levaram à perda de efetividade da Organização Mundial da Saúde naquele período. Para Godlee (1994), a OMS estava com a imagem desgastada, vista como “associação médica” e uma agência da ONU sem muita projeção, mas dispendiosa; ou uma organização envolvida em assuntos que não lhe diziam respeito e que gastava seus recursos de forma descontrolada.

Apesar das acusações de corrupção e mal-uso dos recursos financeiros da OMS durante a gestão do então Diretor-Geral Hiroshi Nakajima, os fatores reais sobre a falta de efetividade da OMS nunca haviam sido discutidos. Para Godlee (1994), esses fatores diriam respeito à própria estrutura da Organização assim como às suas prioridades e métodos de gestão. Ante à percepção de que a OMS estaria atuando de forma disparatada e descoordenada, com amplo espectro de

atividades de saúde, sem estabelecer claramente uma lógica adequada para a alocação de recursos, os doadores estariam pressionando a OMS para que concentrasse esforços em um menor número de programas essenciais, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Financeiramente, a OMS enfrentava uma situação de pressões, tanto em relação às contribuições regulares em atraso (como no caso da ex-URSS e dos EUA), quanto no que se refere aos doadores extra-orçamentários, que exigiam maior efetividade na aplicação de recursos e maior ingerência na sua utilização. Para Godlee (1994), esses mesmos doadores teriam tornado a ação da organização dispersa e descoordenada, na medida em que financiavam programas específicos que não estariam sujeitos ao controle da Assembleia Mundial da Saúde, atendendo aos seus próprios interesses.

Além disso, a OMS não teria sido capaz de adaptar-se às mudanças “na própria essência da saúde” (GODLEE, 1994, p. 1425), que, partindo de uma perspectiva centrada no homem e na medicina para uma abrangência ampla, teria incorporado perspectivas de outras disciplinas, tais como a educação, desenvolvimento, sociologia e antropologia.

É nesse cenário que se deu a eleição de Gro Brundtland para o cargo de Diretor-Geral da OMS, em 1998. A Organização buscava fora de seus quadros um representante que pudesse liderar uma transformação radical da instituição, visando restaurar sua credibilidade e prestígio internacionais (ALMEIDA, 2014; BROWN et al., 2006; MATTA, 2005). Médica, profissional da saúde e ex-Primeira Ministra da Noruega, Gro Brundtland estava familiarizada com o discurso global ambientalista e tinha compreensão clara e ampla sobre a relação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento (BROWN et al. 2006, p. 639).

AS REFORMAS CONTEMPORÂNEAS DA OMS: DIFERENTES GESTÕES (1998-2014)

Durante o período de 1998-2014 foram implementados três processos de mudança na OMS, sob a égide de diferentes DGs, voltados tanto para reorganizações da estrutura organizacional e administrativa interna, da sede e dos escritórios regionais, quanto para a dinâmica de elaboração das Propostas Orçamentárias e dos respectivos Planos de Trabalho bianuais, apresentados, discutidos e aprovados nas AMS. Destacam-se as AMS onde essas “reformas” foram objeto de discussão.

Os documentos analisados para a identificação e análise desses processos foram os discursos dos DGs, nas respectivas posses e nas AMS, pois essas falas apresentam as propostas a serem discutidas e apresentadas pelos países membros.

A gestão de Gro Brundtland (1998-2003)

No discurso de posse, proferido na 51ª AMS (WHO, 1998), Brundtland reconheceu a necessidade de mudanças na OMS, no sentido de tornar a instituição mais efetiva, responsável, transparente e receptiva às mudanças globais em curso. A OMS deveria estar mais próxima de seus Estados-membros, na mesma medida em que estes deveriam assumir suas responsabilidades com as metas estabelecidas e os recursos respectivos para a sua execução.

Brundtland reconheceu o impacto da globalização sobre a saúde e a distribuição desequilibrada de benefícios, além de novas ameaças e desafios sanitários e ao meio ambiente, decorrentes do comércio global, das mudanças ambientais, dos estilos de vida e da cultura do final da década de 1990. Como o mundo estava em transição, a OMS não poderia estar alheia a essa dinâmica: embora sua Constituição representasse a linha mestra de ação institucional, era preciso elaborar um *road map* adaptado às necessidades dos povos, comunidades e nações a quem a organização deveria servir.

Na perspectiva de Brundtland, a pobreza era a maior ameaça à saúde das populações e a geradora de má-saúde (*ill-health*), relacionada às enfermidades infantis, à má-nutrição, à proliferação de doenças infectocontagiosas e à alta taxa de fertilidade mundial. Apenas uma ampla aliança poderia assumir a tarefa de combate à essa situação e, nesse sentido, a OMS teria o papel de “voz moralizante e liderança técnica” na melhoria da saúde no planeta (WHO, 1998, p. 3, tradução livre), em particular em questões que promovessem o desenvolvimento e aliviassem o sofrimento. O propósito da organização seria a promoção de sistemas de saúde sustentáveis e equitativos em todos os países.

A proposta de Brundtland seria levada adiante por duas vias: a) ação em campo, no enfrentamento de doenças, mortes prematuras e incapacidades, pela oferta de apoio técnico sobre melhores práticas para alcançar a equidade e qualidade na atenção, estabelecer padrões e normas e estimular a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico em saúde; e b) priorização da saúde na agenda para o desenvolvimento, dado que a chave para a redução da pobreza e para o desenvolvimento estaria fundamentada nos valores de equidade, dignidade humana e direitos humanos.

Gro Brundtland propôs reorientar os recursos da OMS em quatro áreas prioritárias: (i) monitoramento, redução e erradicação de doenças transmissíveis; (ii) combate e redução da carga de doenças não-transmissíveis; (iii) estabelecimento de sistemas nacionais de saúde voltados para o alcance das metas de equidade e oferta de serviços de qualidade para todos; e (iv) promoção da saúde nos fóruns globais de tomada de decisão, fundamentada em evidências sólidas. Para tanto, seria importante preservar a “unicidade da OMS” (WHO, 1998, p. 3, tradução livre), tanto nos diversos níveis de gestão (global, regional e nacional) e de programas, quanto em termos de financiamento (regular e extra-orçamentário).

Sua proposta era reposicionar a OMS como a “agência líder na saúde mundial”, enfatizando a necessidade de conquistar essa posição (WHO, 1998, p. 4, tradução livre). Para tanto, seria imprescindível fortalecer a parceria com os Estados membros e fomentar a cooperação técnica como ferramenta principal de trabalho, além de promover a aproximação com outros agentes atuantes no campo da saúde global, em particular outras agências da ONU e instituições financeiras globais (BM, FMI e outros bancos de desenvolvimento regionais). Brundtland reconheceu a importância da atuação das organizações não-governamentais (ONGs), não apenas no setor saúde, e de outros atores; e afirmou ser necessária a aproximação com o setor privado, como provedor de novas tecnologias e serviços, tendo em consideração os diferentes papéis e complementaridades entre os dois setores (público e privado).

A DG enfatizou a relevância das evidências e estatísticas sobre a carga de enfermidades e o custo-efetividade das intervenções que atendessem às prioridades de saúde no mundo. Munida dessas informações, a OMS estaria incumbida de advogar pela saúde entre os diversos tomadores de decisão e receber o respectivo *feedback* sobre a efetividade das medidas postas em prática. A OMS teria a obrigação moral de promover a noção, entre agentes fora do setor, como Ministros da Fazenda e Presidentes, de que investimentos em saúde redundariam em benefícios aos seus povos, tanto em matéria de redução da pobreza como de crescimento econômico.

Para colocar em prática seu discurso, a DG comprometeu-se em impulsionar um processo de reforma na sede da OMS e em seus escritórios regionais e nacionais. Em primeiro lugar,

concentraria seus esforços na correção de rumos para a implementação do orçamento bianual 1998-1999, assim como para a elaboração da proposta orçamentária para o biênio posterior (2000-2001) e do Programa-Geral de Trabalho. Brundtland afirmou sua intenção de tornar a OMS “mais enxuta”, tanto em processos como em estrutura e programas, de modo a minimizar os gargalos informacionais e de gestão (WHO, 1998, p. 5, tradução livre).

A reforma de 1998

Logo após assumir a direção, a DG implementou uma reforma organizacional e administrativa que, segundo Robbins (1999), incluiu a criação de um grupo de trabalho independente, constituído por especialistas, que deveriam propor uma nova dinâmica para as atividades da OMS. O resultado desse trabalho foi uma proposta de reforma integralmente adotada pela nova diretora.

Em primeiro lugar, as atividades da organização passaram a ser organizadas em duas funções principais: funções centrais (*core functions*) organizadas em “*Clusters*” temáticos e funções de apoio (*supportive functions*). As primeiras “transcenderiam a soberania de qualquer Estado-nação e incluiriam a promoção de bens públicos internacionais e a vigilância e controle de externalidades internacionais (como os riscos ambientais e a disseminação de patógenos)” (ROBBINS, 1999, p. 33). As funções de apoio diriam respeito às atividades executadas no âmbito dos países, mas que poderiam justificar a ação coletiva em nível internacional para superar possíveis deficiências dos sistemas de saúde nacionais.

De acordo com Robbins (1999), o grupo de especialistas considerava que as funções de apoio só poderiam ser executadas se contassem com a colaboração de outras agências da ONU especializadas em assistência para o desenvolvimento, tais como o BM, o UNICEF e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Além disso, dada a ampliação contemporânea da agenda da saúde global, seria muito importante a aproximação com outras agências, como a Organização Mundial do Comércio (OMC), a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) e a Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento (UNCTAD).

Em segundo lugar, ampliou-se o diálogo com outras autoridades dos diferentes países, além dos Ministros da Saúde, incluindo presidentes, primeiros ministros e ministros das finanças e do planejamento. Buscou-se também a colaboração de outros atores e setores que poderiam ter impacto sobre a saúde, não necessariamente governamentais, como as ONGs, a academia e a indústria, o que, poderia ser o indicativo de que a OMS passaria de uma “organização interministerial” para uma “organização global” (ROBBINS, 1999, p. 34).

Na Sede, em Genebra, Brundtland constituiu um gabinete com nove Diretores-Executivos, que foram encarregados de apresentar um plano de trabalho sobre as atividades de seus respectivos Clusters⁵ e as possibilidades de cooperação entre eles, e um diretor-executivo para a área de administração. Esses Diretores-Executivos contariam com o apoio de seis Assessores do Gabinete, que seriam responsáveis por garantir os esforços de transversalidade e de supervisão das atividades de toda a organização.

No que diz respeito à relação da Sede com os demais níveis organizacionais, apesar da autonomia dos Escritórios Regionais, Brundtland solicitou aos respectivos diretores que identificassem os postos vagos, tanto nas regiões como nos países, para alocar pessoal de Genebra, o que, para Robbins (1999), poderia indicar um movimento de “unificação da organização” (p. 36).

Com relação aos programas, a DG realizou uma revisão do orçamento do biênio 1998-1999, identificando a disponibilidade de recursos, e propôs diretrizes orçamentárias para o biênio 2000-2001, destinadas a apoiar “novas prioridades” e desativar programas considerados “desnecessários ou ineficientes” (ROBBINS, 1999, p.37). Essas medidas provocaram a demissão de vários funcionários e algumas realocações, além da contratação de um conjunto de novos profissionais selecionados segundo a nova estrutura e diretrizes institucionais.

Todas essas mudanças foram apresentadas e discutidas em determinadas AMS que são detalhadas a seguir, pois foram aquelas em que se debateu e aprovou questões relativas ao orçamento institucional e à reforma da organização.

No discurso que marca um ano de sua posse como DG, durante a 52ª AMS em 1999 (WHO, 1999a), Gro Brundtland sinalizou que aquele momento representava o redirecionamento futuro da política de saúde global, cujo papel central seria desempenhado pela OMS. Afirmava que, embora o século XX tivesse proporcionado as maiores mudanças sociais de todos os tempos, além de melhorias nas condições de vida de ampla parcela da humanidade, bilhões de pessoas permaneciam alijadas dessa revolução. Havia conhecimentos disponíveis para promover melhores condições de vida e uma maior inclusão social dessas populações, que precisavam ser melhor empregadas.

Brundtland reconheceu a emergência e reemergência de doenças infecciosas e o crescimento dramático das doenças crônicas não-transmissíveis, em particular a ampliação da carga de enfermidades mentais. Outros temas de relevância à época seriam as mudanças climáticas, a crise

⁵ Doenças Transmissíveis; Doenças Não-Transmissíveis; Sistemas de Saúde e Saúde Comunitária; Desenvolvimento Sustentável e Ambientes Saudáveis; Mudança Social e Saúde Mental; Tecnologias da Saúde e Produtos Farmacêuticos; Evidências e Informações para Políticas; Relações Externas e Órgãos Diretivos; Administração Geral (WHO, 1999b, p.2)

de alimentos, energia e água potável, além das questões éticas na pesquisa com seres humanos, migrações, guerras e a violência.

A DG manteve a tônica sobre a necessidade de a OMS retomar seu papel de liderança global no setor saúde, fundamentada nos princípios do realismo e compromisso com a complexidade do mundo em transformação e nas experiências bem-sucedidas do passado (como Alma-Ata), mas com um “olhar no futuro” (WHO, 1999a, p. 2, tradução livre). Reiterou a relação entre saúde e desenvolvimento econômico e a posição de que qualquer melhoria na saúde teria impacto sobre o crescimento econômico e as condições de vida das populações. Retomou as prioridades que estabeleceu no início de sua gestão⁶, reconhecendo o impacto da política no estabelecimento de prioridades e na estruturação de sistemas regulatórios que seriam capazes de proteger o público sem criar empecilhos à inovação (privada), além de “promover a melhoria do desempenho dos serviços públicos” (WHO, 1999a, p. 3, tradução livre).

Era preciso delimitar o “espaço” da OMS entre a miríade de variados atores que atuam na área, definindo-o como o de “repositório de conhecimento público sobre a saúde para todo o mundo” (WHO, 1999a, p. 4), o que a tornaria um bem público vital a ser salvaguardado. Nesse sentido, seria necessário reafirmar as funções “próprias da OMS” que nenhum outro agente poderia realizar, tais como o estabelecimento de padrões de segurança nas transfusões de sangue, a manutenção de sistemas globais de vigilância epidemiológica, a provisão de relatórios sobre a carga global de doenças e a manutenção de regras de saúde internacionais.

Outro elemento importante também seria o papel de *advocacy* da OMS e sua função normativa e o reconhecimento de que “a manutenção de uma agência global sólida e confiável é um investimento custo-efetivo que beneficia a todos” (WHO, 1999a, p. 4, tradução livre), sobretudo na reorientação adequada dos fluxos globais de investimentos em saúde.

Na avaliação das mudanças organizacionais adotadas no primeiro ano de sua gestão, Brundtland afirmou que a OMS buscou tornar-se mais efetiva e receptiva num mundo em transformação. A OMS precisava identificar prioridades, pois seria incapaz de atuar em todas as frentes. Segundo Brundtland, a proposta de orçamento 2000-2001 refletiria esta mudança de visão, na medida em que teria reorientado o foco da OMS e seus recursos para as áreas prioritárias.

⁶ Brundtland repete aqui as mesmas questões colocadas no discurso anterior, destacando os quatro grandes desafios para a saúde: (i) reduzir a carga de mortalidade e de incapacidades por causas preveníveis das populações pobres, com o foco sobre a epidemia de HIV/AIDS, malária, tuberculose e na saúde materno-infantil; (ii) combater as ameaças à saúde decorrentes das crises econômicas e ambientais e dos comportamentos de risco, com destaque para as doenças não-transmissíveis e, em particular, para a exposição ao tabaco; (iii) apoiar a melhoria de sistemas de saúde, proporcionando a ampliação do acesso aos serviços como diretriz-mestra; e (iv) investir na expansão da geração e implementação de conhecimento a favor da saúde (WHO, 1999a, p. 3)

No que toca à estrutura organizacional, a DG afirmou que os nove *Clusters* criados refletiam a nova postura da organização, assim como a “equipe de gestão sênior”, composta pelos dez Diretores-Executivos sediados em Genebra. Brundtland afirmou ainda ter ampliado a participação de mulheres nos quadros institucionais, cumprindo a estratégia de equilíbrio de gêneros na Organização; e reforçou o diálogo com os seis Diretores Regionais, com os quais promoveu intensa revisão programática para adotar práticas e diretrizes coerentes com as novas prioridades e estratégias institucionais. Esse esforço de aproximação também teria sido adotado com os gestores das representações nacionais da OMS, de modo a alinhar a atuação institucional às demandas de saúde de cada país.

As mudanças seriam ainda maiores nos anos que se seguiriam, a começar pela revisão dos mecanismos de gastos que, segundo Brundtland, baseavam-se “mais na tradição e não nas necessidades reais de um mundo em transformação” (WHO, 1999a, p. 6, tradução livre). Embora posicionasse a OMS como agência técnica voltada para o apoio a sistemas de saúde “sustentáveis”, Brundtland reconheceu o papel catalisador dos recursos da organização. Afirmou estar atenta à demanda dos Estados membros para que a OMS atuasse como “um só corpo”, embora esperasse que os países reorientassem seus recursos para áreas prioritárias, tanto na sede como nos escritórios regionais e nacionais.

A DG reiterou a importância do fortalecimento da relação da OMS com outros atores-chave, tendo manifestado seu apreço pela combinação de esforços públicos e privados como “alavanca de transformação” (WHO, 1999a, p. 7, tradução livre), sem perder de vista os valores da saúde pública e a integridade da OMS. Para isso, Brundtland reconheceu ter fomentado a criação de parcerias, tanto com agências das Nações Unidas como também com as instituições de Bretton-Woods, o setor privado, ONGs, a academia e sociedade civil. As relações com os Estados membros também foram revistas e reforçadas, assim como os métodos de trabalho dos órgãos diretivos da OMS (EB e AMS). É interessante o registro de aproximação com os grandes contribuintes voluntários da OMS, com o BM e o FMI e, em particular, com o setor privado.

Brundtland afirmou ter conduzido uma série de estudos sobre prioridades de pesquisa da OMS, para reforçar sua relação com a comunidade científica e definir uma agenda própria nessa área. A OMS também estaria avaliando a relação com seus centros colaboradores, avaliando a dimensão do trabalho desenvolvido por eles.

Foram apresentados os dois grandes projetos prioritários que adotou em sua gestão – o *Roll Back Malaria* e a *Tobacco Free Initiative* – cujo impacto sobre a saúde das populações considerou relevante para a comunidade internacional. Destacou também os esforços empreendidos no combate à poliomielite, à pneumonia e à epidemia de HIV/AIDS e reafirmou a disposição da organização em

assegurar o direito à saúde como direito humano fundamental e seu compromisso em combater a mortalidade materna, como indicativo da melhoria da saúde e das condições de vida das populações.

Esse discurso de Brundtland se repete ao longo de toda a sua gestão, particularmente no que concerne às parcerias da OMS, seja com os países membros seja com o setor privado. Um indicativo dessa percepção é o exposto no discurso à 54ª AMS, em 2001 (WHO, 2001c), na qual a DG afirmou que considerava as novas parcerias vitais para o apoio à ação nos países e para incentivar o intenso envolvimento do setor privado como porta de acesso a novos medicamentos a preços mais acessíveis, e que a OMS estaria em ritmo mais acelerado, com melhores condições de promover a atenção à saúde em nível global. Explicitou os esforços de transformação aplicados à OMS desde sua posse e sublinhou as parcerias com entidades de diversas origens como fundamentais para o atendimento de todas as demandas globais de saúde, dadas as limitações naturais da organização. Todos os programas prioritários da OMS teriam sido implementados por meio dessas parcerias, e os valores centrais e integridade da organização teriam sido preservados nesse processo.

Brundtland sublinhou os esforços que teria adotado para promover uma “reforma institucional, a começar pela adaptação do orçamento e pelo refinamento das prioridades programáticas, além dos cortes administrativos” (WHO, 2001c, p. 5, tradução livre), e das mudanças na cultura gerencial, pela qual a sede e os escritórios regionais e nacionais teriam reforçado o diálogo entre si. Estes últimos teriam sido habilitados a alinhar as estratégias de cooperação às necessidades e intenções dos Estados membros, sem se afastarem das prioridades globais acordadas coletivamente.

A busca por eficiência teria sido uma das prioridades da OMS desde o início da gestão de Brundtland, o que teria possibilitado um incremento, em 2000, de cerca de 40% no volume de contribuições voluntárias. Maiores investimentos em tecnologias da informação mostravam-se necessários para tornar mais transparente a relação entre a aplicação de recursos e os resultados alcançados. No entanto, a DG mostrou-se cautelosa ao registrar que os recursos extra-orçamentários estariam cada vez mais vinculados a determinados programas e atividades (denominados *earmarked*, em inglês).

Destaque particular foi dado à apresentação da Proposta Orçamentária 2002-2003, que seria o principal instrumento do processo de reforma da OMS e o eixo da formulação do Plano Estratégico para o biênio subsequente. A preparação dessa Proposta teria consolidado vários dos princípios sublinhados da gestão de Brundtland, como o processo colaborativo na sua formulação, a ideia de um orçamento voltado para resultados com indicadores de desempenho em áreas

estratégicas e a revisão, por todos os comitês regionais, antes de ser apresentado ao EB (*Executive Board*).

Brundtland afirmou que, nos três primeiros anos de sua gestão (1998-2000), teria trabalhado para ampliar a efetividade e eficiência da OMS, no contexto de recursos regulares em declínio. Teria sido necessário economizar recursos e redirecioná-los para programas prioritários altamente demandantes. Além disso, a OMS teria sido forçada a se adaptar ao aumento líquido nos custos operacionais, de cerca de US\$ 16 milhões para o biênio 2002-2003.

Ao mesmo tempo, os países em desenvolvimento estariam liderando intenso esforço no sentido de conferir maior prioridade à saúde de seus povos, mas seria preciso maior mobilização dos países mais ricos para garantir o aumento do volume de recursos. Brundtland destacou a criação de um fundo global para a “AIDS e a saúde” e o resultado dos trabalhos de agências da ONU, e de outros atores, no desenho desse fundo, no qual haveria a participação de agentes públicos, privados e filantrópicos. A superação das lacunas de financiamento em saúde dependeria da capacidade de liderança coletiva e da habilidade de trabalhar em conjunto, assim como de fortes parcerias que promovessem o acesso a serviços essenciais, tecnicamente preparados e de qualidade, que prevenissem e tratassem o sofrimento das pessoas.

Foi nesse mesmo período (1998-2000) que Brundtland fez o lançamento do Plano de Trabalho 2002-2005, pelo qual o Secretariado buscou aplicar as prioridades definidas pela DG à programação temático-orçamentária do período de sua gestão.

Vale a pena lembrar que, na 53ª AMS (2000), foi discutido o desastrado Relatório Mundial da Saúde de 2000 (WHO, 2000), elaborado pelo *Cluster* de “Evidências para a Política”, que teve como tema a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. Este relatório foi muito criticado pela comunidade internacional, pela academia e pelos Estados-membro, principalmente porque apresentou um *rank* classificatório dos países segundo o desempenho de seus respectivos sistemas de saúde, definido com base em um índice composto que atribuía uma “nota” a cada país. Esse índice havia sido construído a partir de uma metodologia especialmente elaborada para o Relatório, equivocada e com dados estimados de forma questionável e manipulados (UGA et al, 2001; ALMEIDA et al, 2001; BRAVEMAN et al., 2001, JAMISON & SANDBU, 2001; NAVARRO, 2000; entre outros). Além disso, grande parte dos dados não havia sido fornecida pelos países e nem tampouco os países tinham sido informados do resultado da aplicação da metodologia antes da sua publicação. Almeida (2005, 2014) afirma que embora tenha tido o mérito de colocar no centro do debate internacional a questão do monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde, a reação crítica foi intensa e global, “repercutindo de forma muito negativa sobre a OMS” (ALMEIDA, 2014, p.37).

Nessa AMS, vários ministros da saúde protestaram veementemente contra o Relatório, principalmente o então ministro da saúde do Brasil, José Serra, e foi aprovada a constituição de uma comissão técnico-científica para a revisão do Relatório. Em outubro de 2001, foi instituído o *Scientific Peer Review Group (SPRG) on Health Systems Performance Assessment (HSPA)*, coordenado por Sudhi Anand e composto por 13 profissionais e pesquisadores da área de saúde. O relatório desse grupo foi apresentado à AMS de 2002 (WHO, 2003).

As diretrizes adotadas por Brundtland em 1998 permearam todo seu mandato, embora as circunstâncias tenham exigido determinadas reorientações nas prioridades programáticas de sua gestão. Em 2003, diante do surto de SARS e da decorrente percepção sobre a necessidade de fortalecimento dos sistemas de vigilância e resposta, e da colaboração científica entre países e instituições, a DG fez um apelo à 56ª AMS, em maio de 2003, para o reforço do enfrentamento dos desafios à saúde global, em que afirmou que “assegurar um futuro saudável para todos depende da cooperação para além das fronteiras e entre instituições” (WHO, 2003c, p. 2, tradução livre), traduzida no intercâmbio de informações, expertise e recursos de forma ostensiva. Essas constatações a teriam levado a sugerir alterações à proposta orçamentária 2004-2005.

A solidariedade internacional no combate à SARS foi associada ao enfrentamento de outras enfermidades e ao reconhecimento de que o Fundo Global para o Combate à HIV/AIDS, tuberculose e malária deveria estar atrelado a uma fonte segura e sustentável de recursos. O impasse nas negociações da Declaração de Doha⁷, no âmbito da OMC, também foi considerado obstáculo à saúde, ao comércio e à propriedade intelectual.

Uma vez que a OMS não teria todas as ferramentas de que necessitava, seria preciso que vários atores, em diferentes frentes, estivessem envolvidos no diálogo com países e a sociedade civil para garantir que a diminuição no preço de medicamentos representasse melhorias no acesso dos mais pobres nos países menos desenvolvidos, aos insumos para a prevenção e tratamento de enfermidades. Ao reconhecer os laços entre a inovação e a propriedade intelectual, Brundtland afirmou que os regimes de patentes deveriam “estimular a pesquisa e não criar empecilhos à cooperação científica internacional” (WHO, 2003c, p. 5, tradução livre).

Outros temas que figuraram na nova agenda da saúde global seriam o reforço da preocupação com a saúde infantil, pelos programas voltados para a imunização e erradicação da

⁷ Em meio à pandemia de HIV/AIDS que se alastrava no continente Africano, a IV Reunião Ministerial da Organização Mundial do Comércio, realizada em Doha, Qatar, em 2001, considerou a negociação de dois documentos de trabalho, um fortemente apoiado por países desenvolvidos (IP/C/W/312) e, outro, por aqueles em desenvolvimento (IP/C/W/313), que incluía a tese de que nada no Acordo TRIPS deveria impedir os Membros da OMC de tomar medidas para proteger a saúde pública. Apesar da pressão política para se adotar o texto dos países centrais, prevaleceu a fórmula apresentada pelo Grupo Africano, que viria a ser replicada em documentos posteriores que tratam do tema.

poliomielite, além do encerramento das negociações em torno da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, com destaque para a atuação dos dois brasileiros à frente desses processos, o Ministro de Estado Celso Amorim e o Embaixador Luiz Felipe de Seixas Corrêa.

Para Brundtland, a aprovação da Declaração do Milênio em 2000 e a relevância conferida nela à saúde (presente em 3 dos 8 objetivos, em 8 das 18 metas e em 18 dos 48 indicadores), seria um demonstrativo de que a saúde teria voltado ao centro do debate sobre o desenvolvimento e a expressão de um acordo, com amplas responsabilidades dos países desenvolvidos, para aproximar as metas, de um lado, e as condições necessárias, de outro. Era preciso, no entanto, que os sistemas de saúde fossem financiados adequadamente para que os resultados da Declaração do Milênio fossem alcançados e, nesse sentido, a inexistência de um fundo global que integrasse esforços de financiamento nacionais e internacionais seria o grande desafio atual.

Brundtland reiterou que presença nos países de uma OMS fortalecida e mais bem equipada poderia tornar suas capacidades nacionais mais robustas, enquanto a cooperação entre os países seria essencial para responder aos novos desafios, como a guerra, o HIV/AIDS, as novas epidemias e a doenças mentais e materno-infantis. A saúde é um direito humano fundamental e a questão central para o desenvolvimento, e sem ela não haveria segurança internacional nem desenvolvimento sustentável.

A relação da OMS com as parcerias permanece no centro da agenda de Brundtland, dada a percepção de que a OMS estaria competindo com outros atores por recursos de governos nacionais e de doadores. “A voz da OMS tinha se fortalecido imensamente ao ouvir e trabalhar com outros e aprender com os parceiros” (WHO, 2003c, p. 9, tradução livre). Apesar das críticas que estava recebendo, Gro Brundtland avaliou que, nos cinco anos em que esteve à frente da OMS, esta teria se tornado mais forte e melhor preparada para enfrentar os novos desafios globais, e que o papel-chave da saúde no futuro da humanidade era melhor compreendido em nível mundial.

A gestão de J. W. Lee (2003-2006)

No curto período em que esteve à frente da OMS⁸, J.W. Lee manteve as prioridades adotadas por Brundtland, com apenas alguns elementos de inflexão, insuficientes para modificar o cenário global em que a OMS se movia. Porém, em nível do discurso, expressou a intenção de imprimir novos rumos à gestão da organização.

⁸ J. W. Lee morreu subitamente em maio de 2006, durante a realização da 58ª AMS (no segundo dia da assembleia). Margareth Chan, então vice-diretora para doenças transmissíveis da OMS, em nível central, assumiu a direção da organização em novembro de 2006, por indicação do Conselho Executivo (*Executive Board*). E foi eleita em maio de 2012, permanecendo no cargo até o momento. Vale ressaltar que não houve outros candidatos ao posto nessa eleição da OMS.

Em seu discurso de posse (WHO, 2003d), Lee reiterou a necessidade de maior segurança contra epidemias e doenças infecciosas e de justiça para os que são afetados pelas doenças da pobreza, dois princípios que considerava interdependentes. A OMS pretendia tornar-se cada vez mais sensível às necessidades dos países, lembrando que a organização fora “criada para servir a seus Estados membros como a organização-líder no trabalho de saúde internacional” (WHO, 2006a, p. 7, tradução livre), missão essa que seguiria sendo a principal força-motora da organização.

Outro elemento em comum com sua antecessora era a percepção de que, embora a situação global da saúde tivesse melhorado ao longo dos anos de existência da OMS, o mundo ainda enfrentava desafios de saúde importantes e conviviam com o sofrimento de milhões de pessoas sem acesso aos benefícios do progresso médico e científico. Lee elencou o enfrentamento da HIV/AIDS, da malária, das doenças não-transmissíveis e da SARS, agravadas pela precariedade de grande parte dos sistemas de saúde dos países, como prioridades central e para tal acreditava ser necessária a colaboração entre países, doadores e agências internacionais para o alcance de uma resposta mais efetiva. Diante das diferentes expectativas de vida das populações dos países desenvolvidos e aqueles de menor desenvolvimento, o DG afirmava que “uma sociedade globalizada caracterizada por tamanhas disparidades não é nem aceitável nem viável” (WHO, 2003d, p. 2, tradução livre).

Em consonância com as diretrizes da gestão anterior, Lee reafirmava que a OMS reforçaria o compromisso de obtenção de resultados em nível dos países, em estreita colaboração com as autoridades nacionais e focando nas suas metas prioritárias. Explicitava que retomaria o lema de Alma-Ata — APS e “Saúde para Todos”-, mas “traduzido em resultados mensuráveis por meio de uma nova parceria com os Estados membros” (WHO, 2003d, p. 3, tradução livre), como estratégia diferenciadora de sua gestão, com as seguintes medidas: (i) busca agressiva por objetivos de saúde mensuráveis, incluindo os ODMs; (ii) transferência de mais recursos para os países, descentralizando as atividades da OMS; (iii) adoção de medidas de corte de custos, para aumentar a eficiência da organização; (iv) ênfase na transparência e à *accountability*, em toda a estrutura da organização, com o fortalecimento da função de auditoria, para garantir maior efetividade, baseada em dados confiáveis e atualizados; e (v) fortalecimento dos recursos humanos, dentro e fora da organização. Lee acabou, porém, reproduzindo a busca pela eficiência organizacional aplicada por sua antecessora.

Entre suas preocupações estavam também as receitas que a OMS teria recebido nos últimos anos, em particular as contribuições voluntárias que, no biênio 2004-2005, teriam alcançado US\$ 2 bilhões e representariam um incremento de 61% em relação ao exercício anterior e $\frac{3}{4}$ de todas as receitas disponíveis, o que poderia se conformar como “uma tendência” para os anos seguintes (WHO, 2006a, p. 6, tradução livre).

Ao longo de sua gestão, reforçou a idéia de que o controle de doenças e a melhoria em saúde fossem alcançáveis por todos os povos e destacou os esforços da comunidade internacional em colocar a saúde no centro da agenda política, principalmente pelo apoio aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), cujo cumprimento ainda estaria bastante distante. Enfatizou as áreas priorizadas pela OMS e a importância das negociações como mecanismo de diálogo para a compatibilização de interesses entre parceiros em temas como a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (WHO, 2005d, 2006a), entre outros.

Na gestão de Lee, foi lançado o 11º Plano-Geral de Trabalho 2006-2015 e um Plano Estratégico de Médio-Prazo 2008-2013, que visavam maior transparência à maneira pela qual a organização estaria utilizando suas receitas e a mensuração de seus efeitos sobre as vidas das pessoas.

Em 2005, Lee destacou os bons resultados da instalação do Centro de Operações Estratégicas em Saúde como ponto nevrálgico para a coordenação logística e de informação, necessárias para a resposta adequada a emergências de saúde (WHO, 2005d). Frente às medidas adotadas depois do tsunami de 2004, o mundo estaria mais bem preparado para enfrentar ameaças à segurança e à saúde das populações. Destacou, também, a colaboração da *Bill&Melinda Gates Foundation* (BMGF), para a instalação da Rede de Medidas em Saúde (*Health Metrics Network*), sediada na OMS, como suporte para o fortalecimento dos sistemas nacionais de informação em saúde.

De modo similar a Brundtland, o DG considerou que uma das marcas das atividades da OMS seriam as parcerias, cujos resultados estariam refletidos, em 2005, no Relatório Global da Saúde da OMS, sobretudo no que se refere à saúde materno-infantil, cujo parceiro-chave teria sido o UNICEF, colaboração essa considerada vital para a continuidade das ações da OMS, especialmente para o alcance dos ODMs. A organização também estaria aberta aos Estados membros e a outros parceiros, inclusive do setor privado para o atendimento de emergências em todo o mundo, naturais ou não. Promover comunicação aberta e confiável, baseada em evidências, era a expectativa de Lee com relação à OMS.

Em que pesem os diversos indicativos de continuidade, durante a sua gestão, Lee sinalizou sensibilidade às circunstâncias globais à época e incorporou novas temáticas à agenda da OMS, pelo menos em nível do discurso (WHO, 2006a). Ao tratar do acesso universal, discorreu sobre a iniciativa de vários países, incluindo o Brasil, para a criação da *International Drug Facility* e do mecanismo de *pool* de fundos sustentáveis e inovadores para o financiamento e licitações de produtos para a saúde. Apesar do combate às enfermidades transmissíveis já ser historicamente

prioritário na agenda da OMS, Lee inovou ao conferir importância às diversas iniciativas de combate à poliomielite, influenza, malária e tuberculose, para as quais a colaboração, o compromisso e a disponibilidade de recursos seriam fundamentais para a sustentabilidade e maximização dos resultados.

Nessa mesma linha, considerava necessário relacionar de forma adequada a cobertura em saúde com questões do campo social, tais como a pobreza, o empoderamento da mulher, a exclusão social, as condições de vida e os efeitos sobre a saúde das políticas comerciais e dos impactos ambientais. A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde seria um dos exemplos positivos desse tipo de empreitada. Outros dois temas teriam maior relevância e impacto sobre a saúde: as negociações do relatório da Comissão sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública, e a carência de Recursos Humanos em Saúde, tema do Relatório Global da Saúde de 2006.

Lee não terminou o seu mandato, em virtude do seu falecimento repentino, em 2006, três anos após a posse.

A gestão de Margaret Chan (2006-2014)

Ao assumir o comando da OMS, em novembro de 2006, em substituição a J. W. Lee, Margaret Chan adotou um discurso conservador, mantendo as mesmas premissas de seus antecessores e dando continuidade ao que vinha sendo implementado (WHO, 2006c). Da mesma forma que Lee e Brundtland, Chan afirmou que a organização estaria aberta ao escrutínio dos Estados membros, se comprometendo com a excelência técnica, legado de Lee e seus predecessores.

Chan reconheceu que o sucesso da centralidade da saúde na agenda para o desenvolvimento teria aberto novas oportunidades, mas teria tornado o trabalho da OMS muito mais complexo. Para alcançar bons resultados, seria preciso clareza no planejamento e na formulação de prioridades.

As questões que mais importavam eram reduzir a carga de doenças, fortalecer sistemas de saúde e reduzir a ameaça de fatores de risco, principalmente nos dois grupos populacionais que mais a preocupavam, africanos e mulheres. Embora a OMS fosse uma organização para o mundo globalizado, era necessário concentrar esforços nos povos com maior vulnerabilidade. Para alcançar os melhores resultados, seis áreas seriam prioritárias: desenvolvimento em saúde; segurança; capacitação; informação e produção de conhecimento; parcerias; e avaliação de desempenho (WHO, 2006c. p. 3). O alcance dos ODMs seriam prioridade da nova gestão, que estaria comprometida a alcançá-los apesar de grandes desafios, sobretudo na saúde reprodutiva, violência,

crescente carga de doenças não-transmissíveis, gestão integrada de doenças da infância e imunizações.

Reproduzindo e articulando o discurso de Brundtland e Lee, Chan reitera a necessidade de implementação de mecanismos eficientes para alerta e resposta contra possíveis pandemias. Embora a organização estivesse preparada para apoiar os países na construção de suas próprias capacidades, os sistemas de saúde só poderiam funcionar se tivessem infraestrutura adequada, centrada na atenção básica, que seria “o único meio de assegurar atenção à saúde com acesso justo, a baixo custo e sustentável para toda a população” (WHO, 2006c, p. 4, tradução livre).

Outro elemento de continuidade era a preocupação com as evidências empíricas e com a informação como instrumentos de fortalecimento da legitimidade, qualidade e eficiência da OMS. Para tal, propôs a instalação de observatórios globais responsáveis por coletar, consolidar e disseminar informações sobre problemas prioritários de saúde. O engajamento estratégico com as parcerias em saúde e o fortalecimento das relações com a sociedade civil e o setor privado seriam críticos para o melhor alinhamento entre prioridades e resultados.

Um desempenho efetivo e eficaz da OMS foi outro tópico de atenção da DG comum aos dois antecessores. Chan afirmou ter a intenção de trabalhar de forma mais coesa e com uma equipe motivada, numa gestão orientada a resultados, focada na busca pela *accountability* e pela transparência.

No início de seu primeiro mandato, sublinhou a importância da OMS entre as demais agências das Nações Unidas, pela relevância da saúde no campo individual e coletivo e destacou o método científico sobre o qual se baseava o trabalho da organização como ferramenta capaz de dar o suporte necessário às suas atividades, conferindo-lhe autoridade técnica. A OMS compartilharia os valores éticos dos profissionais da saúde, especialmente com o cuidado, a cura e a fundamentação científica, conferindo autoridade moral às ações da Organização e habilitando-a a engajar-se no diálogo com outros setores para promover o desenvolvimento em saúde e a segurança nacional.

A OMS poderia também influenciar as agendas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, para que novas vacinas, medicamentos e kit diagnósticos fossem produzidos, levando em consideração o equilíbrio entre a proteção da propriedade intelectual e o acesso das populações a medicamentos essenciais mais baratos.

Alinhada com as propostas de Brundtland e Lee, Margaret Chan considerava que, para influenciar mais incisivamente na agenda global da saúde, a OMS deveria aprofundar suas parcerias com as demais agências da ONU, as ONGs, a sociedade civil, fundações, agências de

financiamento, bancos de desenvolvimento e os setores público e privado. Nesse contexto, era necessário preservar a vantagem comparativa da OMS, a qual deveria concentrar-se em suas funções centrais de saúde e não sobrepor ou duplicar o trabalho de outros. “Não devemos tentar fazer tudo sozinhos”, afirmou Chan (WHO, 2006c, p. 6, tradução livre).

A OMS poderia utilizar sua expertise técnica para guiar a agenda global da saúde e assegurar as melhores práticas com base em evidências, podendo apoiar os países no estabelecimento de prioridades, no empoderamento de suas atividades e na oferta de métodos que atendessem às suas prioridades particulares e apoiassem a mobilização de recursos. O grande desafio de sua gestão seria superar a escassez de recursos e garantir o compromisso político da organização.

A busca de Chan por uma melhor eficiência e *accountability* da OMS se materializa na formulação de um Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013 e na reestruturação da apresentação de prioridades nas Propostas Orçamentárias correspondentes. É na sua gestão que se inicia o atual processo de reforma da OMS.

Programas de Trabalho e Propostas Orçamentárias nas três Gestões – Brundtland, Lee E Chan (1998-2014)

Afora as particularidades de cada proposta orçamentária, determinadas pelas prioridades programáticas de cada gestão, tendo em vista o contexto global em que estavam inseridas, é possível identificar elementos comuns a todos os exercícios orçamentários, discutidos a seguir. A síntese detalhada de cada proposta orçamentária e dos Planos de Trabalho correspondentes a cada gestão, analisados neste estudo, está apresentada no Anexo II (Quadros 5a, 5b, 5c).

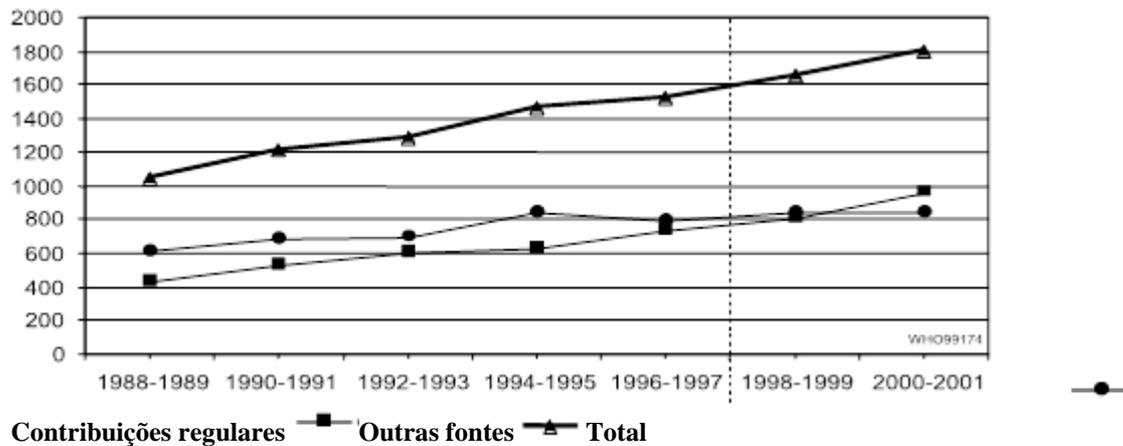
A Proposta Orçamentária 2000-2001

As diretrizes anunciadas por Brundtland se refletiram na primeira proposta de orçamento bianual elaborada na sua gestão. A execução orçamentária de cada um dos nove *Clusters* criados seriam implementadas por Unidades de Apoio à Gestão (*Management Support Units-MSUs*), com provisão orçamentária para o biênio 2000-2001. Os Diretores Regionais e Diretores Executivos teriam refinado o foco dos resultados esperados, de modo que a proposta orçamentária refletisse os objetivos para o biênio, como parte integral do orçamento estratégico, além de indicadores-chave para a mensuração desses resultados, que deveriam estar diretamente relacionados aos planos de ação.

De acordo com o Secretariado da OMS, “a receita de recursos extra-orçamentários quase dobrou em 10 anos, passando de US\$ 218 milhões por ano, em 1988, para US\$ 418 milhões por

ano, em 1998” (WHO, 1999b, p. 2, tradução livre). O Gráfico 1, demonstrativo da evolução das receitas nesse período evidencia que as dotações extra-orçamentárias ultrapassaram as contribuições regulares na projeção de receitas para o biênio 2000-2001 (WHO, 1999b, p. 3).

Gráfico 1 – Evolução das receitas da OMS (1988-2001)



Fonte: Retirado de WHO, 1999a, p. 3.

O aprofundamento da dependência da OMS de fundos extra-orçamentários atendeu ao comando do EB de que a OMS deveria buscar fontes de fundos extra-orçamentários, seguindo uma nova estratégia de mobilização de recursos, com os seguintes pré-requisitos: (i) ciclos bianuais de atração de receitas (relacionado ao ciclo orçamentários); (ii) coordenação no âmbito da OMS pela implementação de um plano de trabalho dirigido para a captação de recursos, vinculados às prioridades, em todos os níveis; (iii) novos métodos de captação de financiamento para o desenvolvimento da saúde global e maior colaboração com as agências doadoras; e (iv) busca por fontes alternativas de recursos, com governos (além das contribuições regulares), fundações e ONGs, setor privado (com atenção especial com o risco de conflito de interesses) e outras organizações do sistema das Nações Unidas. Caso uma ampliação de 19% de fundos extra-orçamentários não fosse alcançada, todas as contingências teriam que ser absorvidas pelos gerentes de programas e aplicadas aos resultados esperados no biênio 1999 e 2000.

De acordo com o Secretariado, à época da formulação desta Proposta Orçamentária, não existia na OMS “uma cultura de planejamento, monitoramento e avaliação voltada para resultados, pela falta de acordo entre os *Clusters* sobre as regras a serem seguidas” (WHO, 1999b, p. 4). Para tentar reverter esse quadro, a DG teria considerado os resultados de uma série de estudos, internos e externos, em revisões sobre: (i) estratégias adotadas pela OMS e outros atores no enfrentamento de grandes enfermidades; (ii) o funcionamento dos programas existentes; (iii) processos gerenciais e administrativos; (iv) mecanismos e parcerias existentes; e (v) atividades de cada *Cluster*.

O EB havia determinado que esta proposta orçamentária deveria incluir a alocação de recursos para os Escritórios Regionais e para a sede, de acordo com as 35 novas áreas de trabalho, além de um quadro demonstrativo sobre a conversão do orçamento regular (de 1998-1999) para o biênio 2000-2001, com base na nova estrutura. As transferências de recursos para programas prioritários também deveriam ser explicitadas, além dos custos operacionais dos programas ligados diretamente ao Gabinete da OMS (*Roll Back Malaria, Tobacco Free Initiative*, entre outros) e dos custos relativos à força de trabalho da organização e sua composição. Um quadro informativo sobre o orçamento e desembolso para a década de 1988-1998 também foi apresentado, para comparação (WHO, 1999b, p. 6).

Plano-Geral de Trabalho 2002-2005

A proposta de Plano-Geral de Trabalho 2002-2005, que serviu de fundamento normativo e político para a proposta orçamentária 2002-2003, explicita como pano de fundo as transformações na saúde alcançadas durante o século XX e o reconhecimento de que, apesar das conquistas das décadas recentes, “mais de um bilhão de pessoas foram alijados dos benefícios do desenvolvimento econômico e dos avanços científicos que ampliaram a longevidade e a qualidade de vida de tantos outros pelo mundo” (WHO, 2001a, p. 5, tradução livre). A saúde seria um direito humano fundamental ainda negado a mais de um quinto de toda a humanidade.

A identificação das “mudança na saúde internacional”, as alternativas que podiam ser adotadas, as diretrizes estratégicas, as prioridades e atividades a serem desenvolvidas estão sintetizadas no Quadro 5a do Anexo II.

Proposta orçamentária 2002-2003

Para a elaboração da Proposta de Orçamento Bianual 2002-2003, o Secretariado se baseou na “estratégia corporativa” adotada pela OMS face aos desafios do contexto internacional em saúde. As mesmas trinta e cinco áreas de trabalho prioritárias foram identificadas para toda a Organização e constituíram as bases para esta proposta orçamentária. Embora se reconhecesse sobreposições entre elas, a proposta buscava dar continuidade ao orçamento 2000-2001, para permitir a análise de tendências e viabilizar a comparação com outros períodos.

Um dos objetivos-chave desta proposta seria ampliar a efetividade dos programas nacionais da OMS, por meio da definição de prioridades que associassem “necessidades locais, estratégias globais acordadas e áreas de trabalho em que a OMS tirasse vantagens comparativas com relação a outros parceiros” (WHO, 2001a, p. 4, tradução livre). Esta proposta foi avaliada e aprovada pelos

Escritórios regionais, que confirmaram as prioridades gerais, dando ênfase às preocupações específicas a cada região.

Assim como a proposta orçamentária anterior, o documento foi preparado de forma colaborativa, envolvendo todas as áreas de trabalho na sede e nos Escritórios Regionais, substituindo a prática de consolidação de documentos elaborados de forma individualizada e consolidados apenas ao final do processo. Para o Secretariado, o *modus operandi* anterior não incorporava a discussão explícita de objetivos, perspectivas e alocação de recursos, enquanto a nova metodologia permitiria assegurar a interdependência entre os diferentes níveis da OMS, levando em conta seus objetivos, estratégias e resultados esperados de suas ações em nível global, além de fornecer aos Estados membros informações claras e delimitando suas responsabilidades.

Pela primeira vez, a proposta orçamentária apresentava uma lista de indicadores e de resultados esperados, o que permitiria um monitoramento regular e asseguraria a transparência e *accountability* de todo o processo. Assim, cada área de trabalho estaria sujeita a uma avaliação baseada nos relatórios financeiros, que deveriam ser comparados com as provisões orçamentárias.

Proposta orçamentária 2004-2005

Dando seguimento ao trabalho iniciado em 2000-2001, quando teve início o processo de reorganização estratégica na OMS, na proposta orçamentária 2004-2005 foram reorientados fundos para áreas técnicas-chave, nas quais a OMS produziria os melhores resultados e maior integração entre atividades programáticas, e os fundos regulares e extra-orçamentários. Diferentemente da proposta orçamentária 2002-2003, foram integrados os três níveis organizacionais com relação aos objetivos gerais, resultados esperados e indicadores, tendo como linha condutora o Plano-Geral de Trabalho 2002-2005, mantendo-se os princípios desenvolvidos nos 4 anos anteriores e o foco nas quatro áreas estratégicas.

Essa proposta também continha indicadores para monitorar os objetivos da OMS, muitos dos quais retirados das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Trazia também a estimativa, em termos percentuais, das receitas extra-orçamentárias que seriam aplicadas às atividades da sede e dos escritórios regionais e nacionais. Considerou ainda a inclusão da área de saúde e ambiente como nova prioridade, além do aporte adicional de US\$ 1 milhão para o Programa de Desenvolvimento da Diretoria-Geral, para que o sucessor da DG os aplicasse a novas demandas. Foi considerada também a transferência de recursos para o fortalecimento da OMS nos países.

Atenção é conferida à “Iniciativa da OMS Focada no País” (*WHO's Country Focus Initiative*), pela qual os países-membro teriam maior influência sobre a ação global e regional, com o envolvimento de parceiros como o BM, a UNICEF, a Aliança Global para Vacinas e Imunização

(GAVI) e o Fundo Global. O objetivo dessa iniciativa seria fortalecer a interação entre governos e a sociedade civil, como instrumento de apoio aos ODMs (WHO, 2003a, p. 2).

A OMS engajou-se explicitamente no esforço de aproximação com os doadores voluntários, para tentar melhorar a previsão de recursos extra-orçamentários, que garantiriam o volume de receitas necessários. O Secretariado admitiu estar estimulando doadores a ampliarem suas contribuições, dirigidas a atividades específicas (*earmarked*) ou não.

Complementa essa proposta orçamentária o documento apresentado durante a 57ª AMS (WHO, 2004), no qual o Secretariado elencou as receitas extra-orçamentárias recebidas pela Organização desde 1955 e expôs a extensa lista de doadores da OMS, a começar pelos fundos de cooperação técnica e fundos de oferta de serviços, categorizados sob a rubrica de *trust funds*, que teriam aportado US\$ 1.365.273.401 no biênio (WHO, 2004, p. 3).

Também foram listadas as contribuições bilaterais recebidas pelos países membros, que totalizaram US\$ 769.589.557,00. O Reino Unido foi o maior doador bilateral no período, com US\$ 186.656.137,00, seguido de outras doações vultosas, como a dos Estados Unidos (US\$ 163.561.632,00), Noruega (US\$ 80.457.838,00), Holanda (US\$ 78.642.450,00) e Canadá (US\$73.985.156,00). Outros países desenvolvidos também fizeram aportes expressivos, como Suécia, Itália e Japão (que teriam ultrapassado os US\$ 25 milhões, cada) além de outros países europeus, que teriam aportado, cada um, mais de US\$ 10 milhões (WHO, 2004, p 4-5). O documento também listou todos os outros doadores da OMS que, em conjunto, teriam financiado US\$ 356.719.349,00 no exercício financeiro 2002-2003.

Interessante notar que, até 1986, o volume de contribuições voluntárias permaneceu em patamares regulares (entre US\$ 30-40 milhões por ano) e se avolumou a partir do final da década de 1980. O Secretariado descreveu detalhadamente as receitas e despesas por programa e área prioritária da OMS, além da entrada e saída de recursos e sua aplicação em cada país, relacionada aos programas específicos financiados pelos doadores (WHO, 2004, p 248-273). Essas seções do documento poderão ser objeto de estudo futuro.

O 11º Programa-Geral de Trabalho 2006-2015

A proposta do 11º Programa-Geral de Trabalho (PGT) 2006-2015, designado “Uma agenda de saúde global” (*A global health agenda*), foi aprovada durante a 59ª AMS. Este PGT cobriria o período de alcance dos ODMs, incluindo uma melhor compreensão dos determinantes da saúde, além de definir os problemas prioritários e como enfrentá-los, e expressar preocupação quanto à necessidade de preparação para uma resposta rápida em caso de imprevistos, como desastres naturais e epidemia (WHO, 2006b, *Foreword*).

O documento reafirmava o engajamento de novas parcerias que haviam crescido nos últimos anos, mas, apesar do compromisso político e financeiro, representariam maior complexidade na arquitetura internacional da saúde, traduzindo-se em novos desafios e expectativas para a OMS, em particular no cumprimento de seu papel proativo no sistema das Nações Unidas, com foco específico na situação dos países e nas reformas. O 11º PGT renovou o compromisso de alcance dos mais altos níveis de saúde para todos.

Afirmava ainda que a saúde teria se tornado um aspecto-chave da segurança humana e ocupado um espaço proeminente nos debates sobre as prioridades de desenvolvimento. Apesar de todos os ganhos em expectativa de vida dos anos anteriores, havia ainda grandes contrastes entre as várias regiões do mundo, decorrentes de doenças infecciosas, do colapso de sistemas de saúde e de condições sociais e econômicas deterioradas. Um importante aspecto do 11º PGT foi a proposta de áreas prioritárias, que não deveriam aplicar-se apenas à OMS, mas estariam associadas a todos os atores do setor (Anexo II, Quadro 5B).

Ao destacar as vantagens comparativas da OMS, o Secretariado afirmou que as suas fortalezas residiriam no seu “status neutro e na quase universalidade de membros, na sua imparcialidade e seu forte poder de convergência” (WHO, 2006b, p. 5, tradução livre), além da capacidade “incomparável” da OMS e sua estrutura de enfrentar os desafios setoriais. Entre as ações consideradas prioritárias pelo Secretariado chama a atenção a proposta de engajamento mais sistemático com a sociedade civil e a indústria de insumos para a saúde, incluindo o setor de serviços e os laboratórios farmacêuticos.

As áreas de trabalho consideradas prioritárias estão sintetizadas no Quadro 5b no Anexo II.

O 11º PGT deveria ser implementado pelos países membros a partir do desenvolvimento de um Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013 e de Orçamentos Programáticos bianuais acordados nos corpos diretivos da OMS, que deveriam estar alinhados com o PGT. Explicita-se que o diálogo da organização com parceiros financeiros e de desenvolvimento, além do engajamento na discussão da reforma das Nações Unidas e do intercâmbio permanente com outros atores internacionais.

O diagnóstico das tendências na situação da saúde global destacava o envelhecimento e o crescimento populacional global que, juntamente com a deterioração das condições ambientais, o aumento dos comportamentos insalubres e a má nutrição, estaria ampliando a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis. Haveria maior demanda por acesso aos níveis terciários de atenção, mais onerosos e com consequências gravosas para os países em desenvolvimento, que enfrentam crescente dupla carga de enfermidades. Agravando esta situação estaria a multiplicação

de crises decorrentes de causas humanas e naturais, que demandariam maior preparação dos sistemas de saúde para fazer frente a esse tipo de emergências.

A crise de recursos humanos em saúde seria, também, um problema comum a vários países, assim como as dificuldades de acesso das populações às unidades de saúde. Embora houvesse intenção de governos nacionais em ampliarem investimentos no setor, os gastos governamentais não estariam expressando concretamente essa tendência.

O crescimento do número de parcerias internacionais em saúde, na década que antecedeu a formulação do 11º PGT, estava altamente concentrado no combate à epidemia de HIV/AIDS, tuberculose e malária. As diferentes modalidades de financiamentos nessa área criaram novos desafios ao duplicar esforços, aumentar os custos operacionais para governos e doadores, com pouca *accountability* e falta de alinhamento de prioridades. Os lobbies de pacientes e grupos da sociedade civil chamavam a atenção do público para questões como a falta de acesso a tratamentos adequados. Não menos importantes, seriam os acordos internacionais e os seus impactos sobre a saúde, tais como a Declaração do Milênio (2000), a Declaração sobre Aspectos Relacionados ao Comércio e Direitos de Propriedade Intelectual (Declaração de Doha -Acordo TRIPS, 2001) e da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (2005). Sendo assim, foram identificadas áreas com maior potencial de trazer melhorias para a saúde (Anexo II, Quadro 5b).

Chamava a atenção também a concentração de recursos e esforços em intervenções pouco custo-efetivas. A assistência internacional não estaria alinhada com as prioridades dos sistemas de saúde nacionais e haveria descoordenação entre as agências, tendendo à ineficiência e a duplicações de implementação. Recomendou-se então diálogo de alto nível para melhorar a efetividade da assistência.

A pesquisa e desenvolvimento tecnológico não se concentrariam nas áreas de maior necessidade em saúde. Reiterou-se a importância da adoção de evidências na tomada de decisão pelos governos, e as lacunas em tecnologias de comunicação e informação em muitos países foram apontadas, particularmente nos mais pobres, com efeitos sobre os profissionais de saúde, professores, pesquisadores e membros da comunidade e família (WHO, 2006b, p. 13).

Por fim, o 11º PGT refere-se à proposição de uma Agenda Global de Saúde baseada na análise dos desafios-chave e das lacunas em matéria de resposta. A implementação dessa agenda dependeria da vontade política dos governos, de políticas integradas e de ampla participação da sociedade. “Qualquer avanço no sentido dos ODMs exigirá ação em vários setores e em todos os níveis” (WHO, 2006b, p. 14, tradução livre), o que justificaria a noção de que essa agenda não

estaria limitada à OMS e envolveria os demais atores globais do setor saúde. A agenda global de saúde priorizou sete áreas⁹ (ver Quadro 5b, Anexo II).

Proposta orçamentária 2006-2007

Tendo por base o 11º PGT, na proposta orçamentária 2006-2007 (WHO, 2005a), o Secretariado da OMS revisou os objetivos gerais, sublinhando a colaboração com outras organizações e parceiros, além de ressaltar alguns resultados, metas e indicadores de toda a organização, para os quais foram propostas realocações de recursos. Todos os resultados esperados teriam sido revistos para manter o alinhamento entre recursos e resultados. As três áreas que tiveram nova orientação na destinação de recursos foram poliomielite (com custos adicionais de US\$ 120 milhões); preparação e resposta a emergências (com custos a US\$ 100 milhões) e segurança da OMS e suas equipes (US\$ 30 milhões).

Esta proposta orçamentária seria a quarta versão do documento, com a perspectiva orientada para resultados, cujo processo de formulação teria sido integrativo, com a participação dos três níveis organizacionais, e fundamentado nas lições aprendidas na implementação do orçamento anterior e no relatório de progresso do biênio 2002-2003.

Alguns princípios básicos teriam sido utilizados em sua preparação: (i) gestão baseada em resultados; (ii) aprendizado com a experiência, sobretudo da análise do biênio 2002-2003; estabelecimento de prioridades pelos Estados-membros, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM); e (iv) promoção da descentralização, pela qual recursos são redirecionados para regiões e países.

A preparação desta proposta orçamentária amparou-se fortemente na ideia de que a arena internacional permanecia em constante transformação e seria preciso enfrentar de forma mais eficaz a emergência e reemergência de doenças e o crescimento dos fatores de riscos de enfermidades não-transmissíveis. O cenário global à época estaria marcado pela “falta de segurança, extensão de conflitos locais, crescentes inequidades sociais, migrações, desenvolvimento de novas tecnologias e expansão dos mercados globais” (WHO, 2005a, p. 3, tradução livre).

Um dos fatos motivadores dessa perspectiva seria o então recente surto de SARS e de gripe aviária, que havia elevado o espectro de pandemias globais a uma escala não vista há quase um século. O tsunami de 2004 também foi outro elemento que teria demonstrado o papel vital de

⁹ (i) Investir na saúde para reduzir a pobreza; (ii) Assegurar segurança individual e global em saúde; (iii) Promover a igualdade de gêneros e os direitos humanos relacionados à saúde; (iv) Tratar dos determinantes da saúde; (v) Fortalecer os sistemas de saúde e o acesso equitativo orientado à cobertura universal em saúde; (vi) Fomentar a produção de conhecimentos, ciência e tecnologia; (vii) Fortalecer a governança global, liderança e *accountability* em saúde

resposta imediata do setor saúde para a mitigação de crises humanitárias. “Em um mundo interconectado e globalizado tais emergências e surtos podem ter um profundo impacto sobre a saúde das populações e sobre a segurança e economia de países” (WHO, 2005a, p. 4, tradução livre).

As parcerias público-privadas globais, além dos arranjos inovadores para a governança e financiamento da saúde e mais investimentos para o setor, fortemente amparados por mecanismos inovadores, como o Fundo Global e a GAVI, teriam trazido mudanças significativas na cooperação internacional.

A OMS teria papel fundamental no apoio técnico aos países para que superassem os novos desafios à saúde e fossem capazes de utilizar os mecanismos alternativos da melhor maneira. Para tanto, necessitariam de sistemas de saúde efetivos e equitativos, baseados em recursos humanos treinados e confiáveis.

As prioridades desta nova versão do orçamento¹⁰, assim como as seis áreas específicas de trabalho estão sintetizadas no Quadro 5b no Anexo II¹¹

A maior preocupação da OMS seria garantir que os recursos disponíveis fossem aplicados de forma eficiente, monitorados em revisões periódicas das direções estratégicas e das competências requeridas, além de reformas estruturais e a adaptação das competências profissionais mais alinhadas às necessidades da organização em todos os níveis. As revisões sistemáticas poderiam levar à formulação de um guia de princípios e critérios para a alocação estratégica de recursos.

A OMS adotou também um Sistema Global de Administração, sob o qual todas as políticas e processo de gestão e administração institucionais seriam revistos de modo a simplificar o funcionamento institucional, objetivando maior impacto em suas operações, a menores custos. Esse Sistema (que tinha implantação prevista para o início de 2006) daria apoio à OMS para monitorar processos e promover melhor eficiência, evitando duplicações e automatizando funções, com decorrente diminuição de número de profissionais.

¹⁰ São elas: (i) ampliar a segurança global em saúde, com base nos mecanismos de alerta e resposta a surtos, orientados pelo RSI; (ii) acelerar o progresso para o alcance dos ODMs; (iii) responder à crescente carga de doenças não-transmissíveis; (iv) promover a equidade em saúde, com foco nos mais pobres e em desvantagem; e (v) assegurar a *accountability*, melhorando a efetividade e transparência organizacional (WHO, 2005a, p. 5).

¹¹ A seis áreas específicas de trabalho requereriam maior ênfase e recursos adicionais, para o alcance dos resultados esperados: (i) Alerta e resposta a epidemias; (ii) gestações mais seguras; (iii) saúde da criança e do adolescente; (iv) vigilância, prevenção e gestão de doenças não-transmissíveis; (v) tabaco; (vi) planejamento, coordenação de recursos e monitoramento (WHO, 2005a, p 5-6).

Comparada a outros biênios, a proposta orçamentária 2006-2007 representou um incremento de 17,3% no orçamento da OMS, ou seja, o valor total alcançou os US\$ 3.313 milhões (WHO, 2005a, p. 10). Este aumento seria conservador e baseado num “processo de planejamento estratégico cauteloso”, que teria permeado toda a organização. A principal preocupação era fortalecer a atuação da organização nos países membros.

O Medium-Term Strategic Plan (Plano Estratégico de Médio Prazo) 2008-2013

A formulação do *Medium-Term Strategic Plan* 2008-2013 (MTSP) (WHO, 2008a) como pano de fundo o mesmo contexto global da saúde estabelecido no 11º Programa-Geral de Trabalho 2006-2015. O propósito do MTSP seria a mobilização de recursos com vistas a garantir o alinhamento entre as atividades planejadas e as receitas recebidas, uma vez que as contribuições voluntárias seguiam sendo marcadas para programas e projetos específicos.

Novos processos deveriam ser adotados pela OMS, dada a grande dependência de contribuições voluntárias, a colaboração interna dentro das estruturas organizacionais, a descentralização dos recursos, o papel ampliado de aspectos operacionais relacionados a emergências e surtos, e o crescimento de quadros legais relacionados à saúde, os quais demandariam uma gestão mais moderna e flexível.

A partir do MTSP, foram adotado 13 objetivos estratégicos, com base na agenda de ação da Diretora-Geral, que facilitariam a identificação de resultados claros, mensuráveis e orçáveis para a OMS e promoveriam a colaboração entre programas: reduzir a carga sanitária, social e econômica de doenças transmissíveis; combater HIV/AIDS, tuberculose e malária; prevenir e reduzir doenças incapacitantes e mortes prematuras relacionadas a enfermidades não-transmissíveis, desordens mentais, violência e lesões e incapacidade visual; reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde em estágios-chave da vida; reduzir as consequências de emergências, desastre, crises e conflitos; promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir e reduzir os fatores de risco; atender à demanda dos Determinantes Sociais da Saúde por meio de políticas e programas que ampliem a equidade em saúde e integrem perspectivas em favor dos mais pobres e sejam voltadas para as questões de gênero e direitos humanos; promover um ambiente saudável e intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas; melhorar a segurança nutricional e de alimentos; melhorar os serviços de saúde; assegurar a melhoria do acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias de saúde; oferecer liderança, fortalecer a governança e promover parcerias e colaborações com países, a ONU e outros atores; e desenvolver e sustentar uma a OMS como organização flexível e capaz de aprender, para executar seu mandato com maior eficácia e eficiência (WHO, 2008, p 4-5).

Para implementar todas as atividades previstas do MTSP, o Secretariado previu um orçamento de US\$ 14,400 milhões no período de seis anos e US\$ 4,227 milhões para o biênio 2008-2009, que representariam 14% de aumento com relação ao exercício anterior (WHO, 2008a, p. 11). As contribuições voluntárias permanecem sendo a maior fonte de recursos, sobre os quais se apoiaria a maioria das atividades da OMS. Uma diferença com relação aos financiamentos anteriores seria a categorização das contribuições em três classes: regulares (provenientes dos países membros), voluntárias negociadas (alinhadas com a agenda de saúde estabelecida pelos órgãos diretivos) e voluntárias (voltadas exclusivamente para programas específicos, sem flexibilidade).

Proposta orçamentária 2008-2009

Esta proposta teve por base o 11º Programa-Geral de Trabalho 2006-2015 e o Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013 (WHO, 2008b).

No comparativo da disponibilidade de receitas entre o exercício 2006-2007 e 2008-2009, foram consolidadas cinco grandes áreas prioritárias (WHO, 2008b) (Quadro 7, Anexo II).

Esperava-se um total de US\$ 929 milhões (sem contar o as contribuições miscelâneas) em contribuições regulares para o biênio, o que representa um incremento de 4% com relação a 2006-2007, e, ainda assim, essas contribuições representariam apenas 22% de todo o orçamento atual (WHO, 2008b, p. 110).

Em paralelo, havia a expectativa de que as contribuições voluntárias negociadas chegassem a US\$ 600 milhões ou 14% do total de receitas. Por outro lado, as contribuições voluntárias para projetos e atividades específicas (*earmarked*) alcançariam a soma de US\$ 2,668 bilhões (WHO, 2008b, Pg. 111). O total orçado para o biênio seria de US\$ 4.227 bilhões, representando 15,2% de aumento entre os biênios 2006-2007 e 2008-2009.

O detalhamento desta proposta orçamentária está sintetizado no Quadro 5c, Anexo II.

Proposta orçamentária 2010-2011

As tendências da situação orçamentária da OMS na primeira década dos anos 2000 não mudaram. Assim como a proposta orçamentária 2008-2009, a proposta orçamentária 2010-2011 (WHO, 2009a) foi fundamentada no 11º Programa-Geral de Trabalho 2006-2015 e no Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013. Nesta versão, o Secretariado registrou ter mantido os mesmos resultados esperados no exercício anterior, com apenas algumas mudanças de ênfase, que melhor refletiriam a situação da saúde global em permanente evolução. Além disso, teriam sido

incorporadas as recomendações de uma revisão externa sobre os indicadores do Plano Estratégico, para torná-los mais mensuráveis e significativos.

Outra alteração nesta proposta orçamentária dizia respeito à apresentação de sua estrutura, voltada para facilitar a gestão do orçamento e prover maior transparência ao processo de avaliação. Nesse sentido, a proposta orçamentária foi organizada em três segmentos: (i) Programas de base, nos quais a OMS tem controle estratégico e operacional exclusivo sobre as atividades elencadas; (ii) Programas especiais e arranjos colaborativos, que estão sob a hierarquia de resultados da OMS para os quais a OMS tem autoridade executiva, mas mantém colaboração com outros agentes; e (iii) Resposta a surtos e crises, relacionada a atividades geridas por eventos externos agudos, de grande incerteza (WHO, 2009a, p 9-10).

O Secretariado preparou um quadro comparativo (WHO, 2009a, p. 10) entre este e os dois últimos exercícios, considerando os programas de base (aos quais teriam sido destinados US\$ 2.103 bilhões, US\$ 3.742 bilhões e US\$ 3.368 bilhões nos biênios 2006-2007, 2008-2009 e 2010-2011, respectivamente), os programas especiais e os arranjos colaborativos (US\$ 705 milhões, US\$ 370 milhões e US\$ 822 milhões, respectivamente) e a resposta a surtos e emergências (US\$ 290 milhões, US\$ 116 milhões e US\$ 350 milhões nos mesmos períodos). No total, estariam previstos US\$ 4.540 bilhões de orçamento total para o período.

O montante de contribuições regulares permaneceu o mesmo do biênio 2008-2009 (US\$ 928,8 milhões), mas o *miscellaneous income*, que seria proveniente de rendimentos de várias fontes dentro da Organização, decresceu de US\$ 30 milhões para US\$ 15 milhões, o que totaliza o valor das contribuições regulares em apenas US\$ 943,8 milhões (diferente dos US\$ 958,8 milhões do biênio anterior). Em contrapartida, as contribuições voluntárias consolidadas representariam neste biênio 79.2% das receitas, alcançando a cifra dos US\$ 3.596,1 bilhões (WHO, 2009a, p. 15).

Proposta Orçamentária 2012-2013

Esta é a última proposta apresentada no âmbito do Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013, cuja estrutura definida em 13 objetivos estratégicos foi considerada adequada pelo Secretariado por facilitar a estabilidade e a capacidade de comparação entre os exercícios orçamentários (WHO, 2011o).

Nesta proposta, houve grande preocupação por parte do Secretariado em assegurar que os objetivos estratégicos não fossem implementados isoladamente, conferindo sinergias entre os programas e relações específicas entre os 13 objetivos, não apenas no âmbito dos escritórios, mas particularmente entre os três níveis gerenciais.

Um dos elementos-chave destacados pelo Secretariado na preparação desta proposta foi a continuidade, no sentido do fortalecimento das ações que tivessem provado sua relevância e efetividade desde o exercício 2008-2009.

Esta proposta concentrou-se em quatro ênfases programáticas: (i) redobrar os esforços da OMS no apoio ao alcance dos ODMs relacionados à saúde, em especial os objetivos 4 (reduzir mortalidade infantil) e 5 (melhorar a saúde materna); (ii) ampliar ações de enfrentamento às doenças não-transmissíveis; (iii) fortalecer sistemas de saúde; e (iv) ampliar a efetividade e eficiência da OMS (WHO, 2011o, p. 6).

Uma das preocupações contidas nesta proposta diz respeito às mudanças de prioridades da OMS decorrentes das consultas de janeiro de 2010, que exigiriam uma revisão dos mecanismos de financiamento da agência.

Esta Proposta Orçamentária representa redução de cerca de 13% em relação ao exercício anterior, alcançando a soma de US\$ 3,959 bilhões. Para tanto, considerou as projeções de receitas e despesas do biênio 2010-2011 e reiterou-se o compromisso do Secretariado em alinhar a gestão de recursos pelos objetivos estratégicos e escritórios maiores, especialmente nas atividades consideradas subfinanciadas.

Entre as inovações mais importantes adotadas nesta Proposta estão a avaliação de médio prazo (conduzida ao final dos 12 primeiros meses de implementação do orçamento) e a avaliação de final de biênio. A primeira serviria para avaliar o progresso no alcance dos resultados esperados e aplicar ações corretivas, reprogramação e realocação de recursos onde necessário. A avaliação final serviria de orientação para a formulação da Proposta Orçamentária subsequente, sobretudo para comparar resultados e avaliar as lições aprendidas (WHO, 2011o, p. 18).

Proposta Orçamentária 2014-2015

Esta proposta orçamentária foi considerada transicional na medida em que responde às reformas programáticas e gerenciais da OMS. De acordo com o Secretariado, seu conteúdo e estrutura conferem maior transparência e *accountability* às atividades da agência e uma base fortalecida para uma gestão baseada em resultados (WHO, 2013h, p.1).

Foi estruturada com base no 12º PGT, incluindo o fortalecimento do engajamento da OMS no âmbito dos países e considerou a necessidade de flexibilidade para a movimentação de recursos de acordo com a evolução das necessidades de saúde nos âmbitos nacional e global.

No que tange às áreas programáticas, esta Proposta Orçamentária seguiu as novas orientações aprovadas pelos Estados-membro para a definição de critérios e categorias de trabalho, dividindo as prioridades em doenças transmissíveis; doenças não-transmissíveis; promoção da

saúde ao longo do curso da vida; sistemas de saúde; preparação, vigilância e resposta; e serviços corporativos e funções de execução (WHO, 2013h, p. 4)

Outro aspecto importante na preparação desta proposta foi a utilização de uma nova “cadeia de resultados”, definida em “inputs”, atividades, “outputs”, “outcomes” e impactos, distribuídas pelas trinta áreas programáticas (WHO, 2013h, p.6, tradução livre) (Quadro 5c, Anexo II).

O Processo Atual de Reforma da OMS (2010-2014)

Ao apresentar o relatório “*The future of financing for WHO*” (WHO, 2010a) em sessão informal para Ministros de Estado, altas autoridades de governo e de agências de desenvolvimento, finanças e relações exteriores, em janeiro de 2010, e abri-lo para a consulta dos Estados membros, a Diretora-Geral da OMS, Margareth Chan, expôs o que ela considerava a “insustentabilidade” do modelo de gestão, financiamento e programação da organização implementado pelas gestões anteriores e convidou a comunidade internacional a participar do debate sobre o papel da OMS e a natureza de seus objetivos no contexto de rápidas mudanças na saúde global. Nessa reunião, a delegação brasileira, da qual o autor participou, manifestou sua preocupação com as lacunas de financiamento da organização, em comparação à ação de outros grandes atores do cenário internacional da saúde. Além disso, juntamente com outros Estados-membros, destacou a relevância da OMS como liderança setorial e solicitou a instalação de um processo de revisão do seu orçamento e dos mecanismos de gestão financeira e programática (VIEGAS, 2010).

Três problemas principais teriam motivado a OMS a instalar o atual processo de reforma, tendo por base a consulta pública efetuada na gestão de Chan (WHO, 2010b): (i) necessidade de esclarecimento sobre o papel da OMS em relação a outros atores no que tange à definição das necessidades internacionais de saúde, o que exigiria uma reflexão do papel da organização na governança global da saúde; (ii) percepção de que a OMS estaria agindo além de suas capacidades, comprometendo efetividade e eficiência; e (iii) falta de capacidade da organização de prover respostas ao contexto internacional da saúde, em constante modificação, na velocidade e agilidade esperadas. O Brasil, na qualidade de membro do EB entre 2005 e 2010, representado pelo Dr. Paulo Buss (à época, presidente da FIOCRUZ), foi um dos países que enviou comentários à consulta pública eletrônica (WHO, 2010b).

Este debate levou o 128º Comitê Executivo (EB), em janeiro de 2011, a solicitar ao Secretariado da OMS (WHO, 2011a, 2011b) que preparasse um programa detalhado para a reforma da organização, a ser apresentado à 64ª AMS, em maio do mesmo ano. A reforma teria três objetivos principais (WHO, 2011a, 2011b): (i) atender prioritariamente as expectativas dos Estados

membros; (ii) melhorar a governança da saúde global; e (iii) implementar uma reforma administrativa.

A 64ª AMS aprovou o relatório consolidado da consulta pública, incorporando os comentários da comunidade internacional, e endossou a resolução sobre a reforma da OMS (WHO, 2011c). O Secretariado conduziu duas sessões de consultas com as missões em Genebra, para refinar o debate sobre os principais tópicos da reforma (gestão, governança, avaliação formativa e o *World Health Forum*) (WHO, 2011d, 2011e). A subsequente 129ª Sessão do EB, de maio de 2011, recomendou que o processo de reforma fosse conduzido pelos Estados membros (*state-driven process*) (WHO, 2011f, 2011g).

Para aprofundar o debate nos aspectos de governança, prioridades e reforma administrativa, o Secretariado da OMS convocou a primeira sessão especial do Comitê Executivo, em novembro de 2011, da qual participaram mais de 100 Estados membros da organização, para analisar em detalhe várias das propostas de ajustes institucionais (WHO, 2011h, 2011i, 2011j, 2011k, 2011l, 2011m, 2011n). Um dos resultados dessa reunião foi a proposta de criação de um Fórum Mundial da Saúde (WHO, 2011g), baseado na percepção de que a complexificação do cenário internacional do setor exigia maior coerência e uma plataforma que viabilizasse o diálogo inclusivo entre os vários atores envolvidos. A OMS seria a autoridade diretora e coordenadora dessa plataforma. Uma característica desse Fórum a ser destacada seria o seu caráter “informal”, uma vez que não tomaria decisões que afetassem organizações ou alterassem o processo decisório formal da OMS. As decisões tomadas pelo Fórum seriam comunicadas à AMS, via Conselho Executivo, e estariam à disposição de todas as organizações que compusessem a plataforma. O objetivo primordial do Fórum era buscar soluções para a cooperação entre os diversos atores atuantes na arena internacional da saúde, de modo a ampliar a efetividade, a coerência e a *accountability* de suas atividades conjuntas, reduzindo a fragmentação e a duplicação de esforços. A proposta de criação do Fórum foi rechaçada pelos Estados-membro na AMS, incluindo o Brasil, em função dos altos custos previstos para sua instalação (WHO, 2011g; VIEGAS, 2011), uma vez que os Estados-membros consideraram que o Fórum constituiria em mais uma instância formal da organização. No entanto, a ideia de uma plataforma de diálogo multissetorial para a saúde global foi preservada nas discussões sobre o atual processo de reforma e aproveitada em discussões posteriores.

O diálogo entre Estados membros sobre a agenda da reforma foi retomado em janeiro de 2012, durante a 130ª Sessão do EB, e foi incrementado pelos resultados da sessão especial de novembro de 2011. Uma das principais decisões do 130ª EB (WHO, 2012a) foi convocar uma reunião, prevista para fevereiro de 2012, para discutir os programas e o método de definição das prioridades da organização.

Aberta a todos os Estados membros, essa reunião foi precedida de uma apresentação informativa do Secretariado, na qual a DG discutiu-se o consolidado da consulta virtual aberta (WHO, 2012b, 2012c, 2012d). Na reunião, os Estados membros alcançaram consenso sobre um conjunto de categorias de trabalho para a OMS, que incluíam (i) doenças transmissíveis, (ii) não-transmissíveis, (iii) promoção da saúde ao longo da vida, (iv) sistemas de saúde e (v) preparação, vigilância e resposta. Também foram pactuados os critérios que guiariam o processo de formulação das prioridades da organização (WHO, 2012e, 2012f).

Embora essas categorias e critérios tenham sido consensuados, o Brasil manifestou preocupação sobre o *modus operandi* pelo qual a OMS e outros organismos internacionais formulavam suas prioridades e as aplicavam aos seus programas e ações, incluindo a estruturação das áreas, *clusters* ou *deptos*. na sede e dos escritórios nas regiões e países, de modo a preservar a coerência em todos os níveis de gestão. Além disso, para o governo brasileiro, era interessante reconhecer os princípios que guiavam o funcionamento da organização, contidos na sua Constituição (VIEGAS, 2012).

Em maio de 2012, durante a 65ª AMS, o debate sobre as prioridades da OMS dominou as discussões sobre a reforma (WHO, 2012g). Embora os Estados membros tenham endossado os resultados pactuados na reunião de fevereiro, vários países reivindicaram a necessidade de conferir maior ênfase aos determinantes sociais da saúde, que figuravam de modo difuso na proposta da categorização das prioridades e programas da OMS. Várias propostas relativas à governança global da saúde e questões de cunho administrativo foram endossadas pelos Estados membros, e a AMS solicitou ao Secretariado que avançasse no processo de reforma, sobretudo na sua implantação. No que se refere ao financiamento, os Estados membros solicitaram ao Secretariado que o tema fosse tratado numa sessão especial do Comitê de Programas, Orçamento e Administração (PBAC), em dezembro de 2012 (WHO, 2012i).

Um dos principais pontos da sessão especial do PBAC foi o debate sobre a dinâmica que a OMS adotaria para garantir: (i) que as prioridades e programas aprovados pelos Estados membros nos órgãos diretivos da organização (EB e AMS) tivessem o financiamento adequado; (ii) que a relação com doadores e a condução de programas financiados por recursos voluntários (REO) não criasse limitações ao andamento dos programas prioritários da OMS; e (iii) que a organização adotasse processo dinâmico, transparente e abrangente de engajamento de doadores e outros atores públicos e privados no financiamento dos seus programas. O objetivo geral da proposta era conferir maior previsibilidade para as atividades, ao identificar com maior clareza as fontes de recursos da organização e promover a flexibilidade no uso de REO, que não podiam ser realocados para outros programas por seu caráter de vinculação específica (*earmarked*) (WHO, 2012c, 2012d, 2012e).

Essa sessão especial do PBAC também analisou a proposta do 12º Plano Geral de Trabalho 2014-2019 e o anteprojeto de Orçamento 2014-2015 (WHO, 2012h). Seguindo a ideia de maior coerência entre todos os níveis da organização, os Estados membros recomendaram que os dois documentos fossem analisados pelos seis Escritórios Regionais, para que fossem revisados e adaptados segundo as suas realidades específicas, *vis a vis* o processo conduzido no plano global. A expectativa era de que as propostas regionais avançassem com base nas decisões tomadas durante a 66ª AMS, em maio de 2013.

A 132ª Sessão do EB, de janeiro de 2013, revisou todo o trabalho do ano anterior e recomendou propostas específicas (WHO, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2013e) sobre o (i) 12º Plano-Geral de Trabalho 2014-2019 e o Projeto de Orçamento 2014-2015; (ii) a criação do Mecanismo de Diálogo Financeiro; (iii) Acordos sobre Parcerias e Relações com ONGs; (vi) Mudanças do Ano Fiscal, Harmonização e Alinhamento dos Órgãos Diretivos; e (v) Mudanças nas Regras de Procedimento sobre a Submissão de Novos Itens da Agenda (Quadro 5c, Anexo II).

A proposta analisada na sessão especial do PBAC, e debatida durante o 132º EB, concentrou-se na criação de um foro de análise das receitas e despesas previstas ao início de cada programa orçamentário bienal, denominado “Mecanismo de Diálogo Financeiro” (WHO, 2013b), com o objetivo de possibilitar que o financiamento e as prioridades da OMS fossem mais explícitas e proporcionar maior mobilização, alinhamento programático e coordenação das contribuições de recursos para a organização. Esse Mecanismo, que seria convocado duas vezes ao ano, contaria com aportes de doadores não-estatais, como as BMGF e Fundação Rockefeller, e examinaria as necessidades de recursos, confrontando os financiamentos já garantidos e as lacunas orçamentárias.

No 132º EB, foi sugerido que o mecanismo fosse implantado experimentalmente, numa primeira etapa, em meados de 2013, para se debruçar sobre as propostas do Planejamento Orçamentário 2013-2014. Uma segunda etapa “piloto”, realizada em fins de 2013, concluiu o exame, junto aos doadores, do financiamento de atividades que não tivessem recursos previstos para sua execução. Essa etapa serviu também para a discussão dos métodos de alocação das contribuições regulares (RR) (com forte apelo à questão da flexibilidade de uso desses recursos) e mobilização de doadores. A proposta foi submetida à consideração da 66ª AMS, em maio de 2013.

No que se refere aos acordos entre a OMS e outras instituições e iniciativas de saúde, na forma de parcerias ou hospedagem jurídica e financeira, os Estados membros enfatizaram a necessidade de que as parcerias e acordos de hospedagem atendessem as prioridades da OMS, de modo complementar e sinérgico, para evitar a duplicação de esforços e o uso ineficiente de recursos (WHO, 2013c). Também foi ressaltada a importância da supervisão e avaliação periódica das

parcerias pelos órgãos diretivos da OMS. Do ponto de vista financeiro, a questão das parcerias também foi objeto de debate, devido aos custos administrativos que oneravam a organização.

A articulação com ONGs teve apoio geral dos Estados membros, por sua importância no diálogo com a sociedade civil, reguladas, porém, por um conjunto de regras (*rules of engagement*) que contivessem os princípios gerais a serem aplicados a todos os casos. De acordo com a proposta do EB (WHO, 2013d), o PBAC se tornaria responsável por revisar periodicamente essas parcerias, caso a caso, à luz das contribuições para os objetivos de saúde pública e harmonização com as atividades da OMS. As regras de procedimento seriam apresentadas à 133ª Sessão do EB, em maio de 2013, e foram avaliadas em duas consultas públicas, envolvendo Estados membros e ONGs e Estados membros e o setor privado, respectivamente.

À 66ª Assembleia Mundial da Saúde foi apresentado um documento sobre o progresso na implementação do processo de reforma da OMS (WHO, 2013f), com foco em suas três grandes áreas: (i) estabelecimento de prioridades e programas; (ii) governança e (iii) a gestão, além da implementação do plano de alto nível.

O Secretariado enumerou as principais decisões tomadas pelos Estados membros com relação à reforma, em especial o processo de formulação dos programas e prioridades, que resultou na definição dos critérios e das 6 categorias de organização do trabalho futuro da OMS (doenças transmissíveis; doenças não-transmissíveis; promoção da saúde no curso da vida; sistemas de saúde; preparação, vigilância e resposta; e serviços corporativos). Essas categorias foram utilizadas pela organização para a elaboração do 12º Programa Geral de Trabalho e da proposta de Orçamento 2014-2015 (WHO, 2013g). Foram determinadas 6 áreas programáticas de liderança institucional: avançar na cobertura universal em saúde; acelerar o trabalho nos ODM; atender aos desafios das doenças não-transmissíveis; implementar o Regulamento Sanitário Internacional; ampliar o acesso a produtos médicos essenciais, de alta qualidade e a baixo custo; e atender aos determinantes sociais da saúde; fortalecer o papel de governança da OMS; e reformas as políticas, sistemas e práticas de gestão da organização (Quadro 5c, Anexo II).

A proposta do 12º Programa Geral de Trabalho e do Orçamento 2014-2015 (WHO, 2013g) destacou que uma das prioridades da organização seria promover maior coerência na saúde global, em todos os níveis de atuação da OMS. Um dos pontos mais delicados desse processo seria o desenvolvimento de um marco para orientar a relação da organização com seus parceiros, sobretudo na questão das parcerias sediadas na própria OMS. Desse debate emergiria a elaboração de princípios orientadores e de harmonização das políticas de engajamento da organização com ONGs e entidades comerciais.

Para além dessa questão, os Estados membros decidiram harmonizar e fortalecer os mecanismos de relatoria da implementação das resoluções da OMS, além dos dados de saúde, política sanitária, leis e regulamentações. O papel de monitoramento do PBAC também foi ampliado, para facilitar o acompanhamento dos relatórios dos seis escritórios regionais. Outras medidas foram adotadas para ampliar a eficiência e efetividade das reuniões sediadas na OMS (WHO, 2013g).

O Secretariado preparou extenso relatório sobre os avanços do processo de reforma (WHO, 2013i). Com relação à reforma administrativa, relatou a instalação de uma força-tarefa para o esclarecimento dos papéis e funções específicos a cada nível da OMS, de modo a evitar a duplicação de esforços e a falta de coordenação entre os três níveis organizacionais. A força-tarefa sugeriu a instalação de redes dentro das categorias programáticas, com termos de referência e padrões de trabalho específicos. Todas as propostas deveriam ter suas atividades iniciadas até o fim de 2013, em paralelo à preparação do 12º PGT.

No tocante ao financiamento da OMS (WHO, 2013i), o Secretariado explicitou os desafios identificados pela reunião especial do PBAC: falta de alinhamento entre fundos e prioridades; falta de previsibilidade; vulnerabilidade; transparência insuficiente; e falta de flexibilidade. Para superar esses obstáculos, o PBAC sugeriu a instalação de um Diálogo Financeiro, voltado ao melhor alinhamento entre os recursos e as prioridades organizacionais, e solicitou levantamento de mecanismos para facilitar o recebimento de suplementos às contribuições regulares; ampliar a base de doadores da OMS; e fortalecer a coordenação entre a mobilização e gestão de recursos, controles financeiros internos e relatoria. Para atender a esta demanda, foi criada outra força-tarefa, que deveria subsidiar a DG sobre progressos nesses campos (WHO, 2013i)

No que se refere à *accountability* e transparência (WHO, 2013i), foram apresentados os esforços incorporados à proposta de 12º PGT sobre a cadeia de resultados, com produtos definidos para cada nível da organização, os quais estabelecem a responsabilidade do Secretariado atuar junto aos Estados membros e outros parceiros para o alcance desses resultados. Além de elaborar um marco para a mensuração e gestão de riscos (que foi aprovado pela sessão subsequente do PBAC, prevista para maio de 2013), uma Unidade de Compromisso, Gestão de Riscos e Ética teria sido instalada no Escritório da Diretora-Geral.

O Secretariado relatou que várias medidas foram tomadas para a adoção de uma política de avaliação da OMS e a elaboração de um “Guia de Avaliação da OMS”, na tentativa de promover uma cultura de avaliação e fortalecer a capacidade e os mecanismos de controle nos três níveis organizacionais. Sobre a avaliação externa da OMS, o Secretariado relatou estar avançado na segunda etapa do processo, cujo objetivo seria avaliar a estratégia de implementação da reforma e a

preparação para sua implementação. A organização estaria sendo avaliada pela “*United Nations Joint Inspection Unit*” (Unidade Conjunta de Inspeção das Nações Unidas), cujas recomendações foram adotadas pelo Plano de Alto Nível, e pela *Multilateral Organization Performance Assessment Network-MOPAN* (Rede de Organizações Multilaterais de Avaliação de Desempenho), cujo foco era avaliar a contribuição da OMS para os resultados em nível de país (WHO, 2013i).

A proposta de Plano de Alto Nível para a Implementação e Relatoria da Reforma da OMS (WHO, 2013i, Anexo I) se refere à estratégia que a organização pretendia adotar para monitorar regularmente os avanços em cada aspecto da reforma (mudança programática, na governança e na gestão), cujos resultados seriam reportados ao *Independent Expert Advisory Committee* (Comitê Assessor de Especialistas Independentes), com detalhamento sobre resultados, indicadores, produtos e orçamento.

Esse plano teria sido organizado com articulação entre as áreas programáticas, premissas-chave, riscos e “dependências”, garantindo a coerência entre as categorias da reforma. A proposta de plano apresentou medidas de ação em cada aspecto da reforma, além de indicadores de progresso relacionados ao seu impacto, sobre os quais a OMS publicaria regularmente relatórios de progresso.

O plano também incorporou várias matrizes de indicadores de resultados, com metas a serem estabelecidas até 2015, além de linhas de base e orçamento para o período 2012-2013. As matrizes cobriam cada uma das categorias da reforma e informavam o estágio de sua implementação. Cabe registrar que poucas ações explicitavam a indicação descritiva dos recursos utilizados para sua implementação.

O anexo II do documento (WHO, 2013i) tratou da inclusão das recomendações do primeiro estágio da avaliação externa da OMS e apresentou a relação entre essas recomendações e os elementos do Plano de Implementação da Reforma. De forma semelhante, o anexo III apresentou a relação entre as recomendações da *United Nations Joint Inspection Unit on Administration and Decentralization* (Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas para Administração e Descentralização) e os elementos contidos no Plano de Alto Nível. Nos dois casos, não está explícita uma avaliação qualitativa sobre essas recomendações, mas apenas um elenco de propostas.

O Diálogo Financeiro

A etapa mais recente de todo este processo teve início em junho de 2013 (WHO, 2013j, 2013k, 2013l), na primeira etapa do Diálogo Financeiro no âmbito da OMS, com o lançamento do documento *Investing in the World's Health Organization* (Investindo na Organização Mundial da Saúde) (WHO, 2013l), sobre o qual a organização pretendia discutir, de forma transparente, numa primeira fase com Estados membros e, numa etapa subsequente, com doadores privados, as

dotações de recursos relativas ao Orçamento 2014-2015. O Relatório foi resultado da aprovação, durante a 66ª Assembleia Mundial da Saúde, do Plano-Geral de Trabalho 2014-2019 e reconheceu que as contribuições regulares (US\$ 929 milhões) e as contribuições voluntárias confirmadas (US\$ 341 milhões) para o período 2014-2015 ainda acumulavam um déficit de cerca de US\$ 2,7 milhões para o cumprimento de todas as metas aprovadas para o período.

O Diálogo Financeiro é um dos principais elementos da reforma da OMS e foi pensado para assegurar que a organização se habilitasse a lidar com os desafios complexos de saúde dos povos no século XXI. A proposta do Diálogo seria assegurar que os US\$ 3.977 milhões da proposta orçamentária 2014-2015 (WHO, 2013h) atendessem à relação entre resultados esperados e indicadores, garantindo a máxima eficácia e qualidade na aplicação dos recursos e no trabalho da organização.

Na primeira reunião do Diálogo Financeiro (durante a 134ª reunião do EB, em Genebra, janeiro de 2014), os Estados membros reafirmaram os princípios de alinhamento, transparência, flexibilidade e ampliação da base de doadores (primordialmente, entre os próprios Estados membros). Também se comprometeram com a adoção de medidas para o melhor alinhamento entre os fundos disponíveis e as prioridades definidas pelos Estados membros (WHO, janeiro 2014a).

Dentre os principais compromissos assumidos destacam-se os seguintes (WHO, 2014, 2014b, 2014c, 2014d):

- (i) Respeito às prioridades aprovadas pela AMS, com recursos extra-orçamentários vinculados também a essas prioridades e apresentados nas propostas orçamentárias;
- (ii) Confirmação dos valores de contribuição de cada Estado membro, conferindo maior previsibilidade para o Secretariado;
- (iii) Maior flexibilidade no financiamento, com apoio ao Secretariado pela busca de doadores que pudessem oferecer fundos com aplicação mais flexível;
- (iv) Ampliação da base de doadores (particularmente, entre os próprios Estados membros), concentrada em 2013, em praticamente 20 grandes entidades que contribuíam com cerca de 80% do financiamento da OMS, o que gerava alto grau de vulnerabilidade;
- (v) Maior transparência para a organização, pela criação de um portal da OMS, que fornecesse resultados e informações programáticas, orçamentária e financeira em tempo real; e (vi) estabelecimento de uma instância regular, em todos os níveis organizacionais, sobre a evolução do Diálogo Financeiro.

AS REFORMAS CONTEMPORÂNEAS DA OMS (1998-2013): CONTINUIDADES E MUDANÇAS

Foram analisados os dados da composição orçamentária da OMS, e dos respectivos Planos de Trabalho, a partir das propostas orçamentárias apresentadas pelos(as) respectivos(as) diretores(as) — de Brundtland (1998-2003) até Margaret Chan (2006 até o momento) —, discutidas e aprovadas anualmente nas AMS, identificando mudanças e continuidades entre as gestões. Como já mencionado, utilizou-se como principal fonte documental os discursos dos dirigentes (DG) da organização. Como já mencionado, o Anexo II apresenta a síntese dos principais conteúdos dessas propostas e os elementos de continuidade e de mudança, que serão discutidos a seguir.

No curso das três gestões analisadas neste trabalho é possível identificar mais elementos de continuidade do que de mudanças na formulação dos Programas de Trabalho e das Propostas Orçamentárias de cada gestão.

Os documentos indicam que Gro Brundtland assumiu a condução da OMS sem apresentar formalmente um Plano-Geral de Trabalho. No entanto, em seu discurso de posse, apresentou um **projeto de reforma organizacional e administrativa** que, segundo Robbins (1999), teria sido elaborado por um grupo de especialistas independentes. Esse projeto foi o primeiro elemento de mudança trazido pela nova DG, na medida em que: reestrutura a organização em 9 *clusters* temáticos e 1 *cluster* administrativo, nos quais são inseridas 35 áreas de trabalho; distingue as chamadas *core functions* da OMS das *supportive functions*; e introduz a “gestão por resultados” (ver Anexo 2). O elemento de mudança mais importante do início da gestão de Brundtland é a explicitação do estabelecimento de um diálogo multissetorial, traduzido no engajamento da organização em discussões com outros setores nos países membros e com outras agências do sistema multilateral, além da conformação de parcerias com os grandes doadores voluntários da OMS, como o Banco Mundial, o FMI e a indústria privada de insumos e equipamentos para a saúde em geral (WHO, 1998, 1999, 2001c, 2003c).

Em relação às Propostas Orçamentárias e Plano de Trabalho, assinala-se que a duração da gestão de um Diretor-Geral (DG) da OMS não corresponde ao período de execução dos orçamentos, uma vez que as propostas são apresentadas bianualmente e os (as) DGs são eleitos(as) a cada cinco anos. Ao mesmo tempo, é importante destacar que essa dinâmica não se reproduziu na gestão de Lee, uma vez que esta foi interrompida em função de seu falecimento repentino.

Assim, durante a gestão de Brundtland foram lançadas duas Propostas Orçamentárias (2000-2001 e 2002-2003) e elaborada uma terceira (em 2004-2005), efetivada apenas na gestão de J. W. Lee (2003-2006). A primeira Proposta Orçamentária dessa gestão refletia a mesma estrutura da

Proposta 1998-1999, elaborada ainda durante a gestão de Nakajima (1988-1998). A Proposta Orçamentária 2006-2007, por sua vez, chegou a ser lançada por Lee antes de seu falecimento. E desde a posse de Margaret Chan até o momento, foram lançadas quatro Propostas Orçamentárias (2008-2009; 2010-2011, 2012-2013 e 2014-2015) (Quadro 1).

Quadro 1: Progressão do orçamento da OMS em volume de recursos regulares (RR) e extra-orçamentários (REO), 1998-2015, por Diretor-Geral (DG)

(US\$ milhões)

DG	Gro Brundtland (1998-2003)		J. W. Lee (2003-2006)		Margaret Chan (2006 até o momento)				
	1998-1999	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2008-2009	2010-2011	2012-2013	2014-2015
RR	842,654	842,654	842,654	901,475	915,315	959	943,8	944	929
REO	733,302	1.097	1.380	1.898	2.398,13	3.268	3.596,1	3.015	3.048
Total	1.575,95	1.939,65	2.222,65	2.799,47	3.313,44	4.227	4.539,9	3.959	3.977

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados coletadas nos documentos oficiais da OMS (1998-2014) (Anexo II).

No que diz respeito ao volume de **recursos regulares (RR)**, manteve-se praticamente inalterado ao longo de todo o período coberto por este estudo, tendo variado apenas em função de fórmulas contábeis para a atualização cambial e da taxa de inflação.

Entre 1998 e 2003 não houve alteração nos valores e as contribuições dos Estados membros permaneceram em torno de US\$ 842,654. No entanto, na Proposta Orçamentária 2004-2005, esses valores foram corrigidos de acordo com variação cambial e a inflação, uma tendência que se manteve ao longo das gestões de Lee e de Margaret Chan. A partir de 2006, as transferências de *miscellaneous income*¹² e do Fundo de Taxa de Equalização¹³ também se somaram ao valor dos recursos regulares, cujos montantes variaram em cada Proposta Orçamentária posterior. Essas transferências foram anuladas em 2014-2015, em função da crise financeira enfrentada pela OMS. Nesse sentido, é possível inferir que, durante todo o período analisado por este estudo, não houve incremento de recursos regulares, por parte dos Estados-membros, no orçamento da OMS organização (Tabela 1).

¹² Esse termo —*miscellaneous income*— se refere aos recursos financeiros remanescentes de exercício financeiro anterior e passíveis de transferência para a complementação de lacunas de financiamento de uma determinada Proposta Orçamentária.

¹³ Esse fundo é composto pelas deduções de impostos cobrados sobre os rendimentos brutos dos profissionais que trabalham no Sistema das Nações Unidas.

Em contrapartida, em todas as Propostas Orçamentárias são crescentes os aportes de **recursos extra-orçamentários (REO)** ao longo de todo o período analisado, que passam de 46,54% do total orçado em 1998 (WHO, 1999b) para 76,65%, em 2014 (WHO, 2013h). Na Proposta Orçamentária 2000-2001, observou-se aumento de cerca de 33% no montante desses recursos em relação ao exercício anterior (1998-1999). Nesse biênio, pela primeira vez o total desses recursos ultrapassou o total de recursos regulares da OMS e chegou a representar cerca de 57% do total orçado para o período 2000-2001 (Ver Anexo II, Quadros 5a, 5b, 5c). Nos biênios posteriores houve aumentos regulares, exceto no período 2012-2013 em que se registrou uma redução de 19,27% em relação ao exercício anterior (2010-2011). Em que pese essa redução, a participação percentual do volume de recursos orçamentários na composição de cada Proposta Orçamentária passou de cerca de 46,5% em 1998 para 76,64% em 2014 (Tabela 1).

Tabela 1: Progressão do orçamento da OMS em volume de recursos regulares (RR) e extra-orçamentários (REO) entre 1998-2015 (em US\$ milhões)

ANOS RECURSOS	1998-1999 (Valor/%)	2000-2001 (Valor/%)	2002-2003 (Valor/%)	2004-2005 (Valor/%)	2006-2007 (Valor/%)	2008-2009 (Valor/%)	2010-2011 (Valor/%)	2012-2013 (Valor/%)	2014-2015 (Valor/%)
Recursos Regulares (RR)	842.654 (53,46%)	842.654 (43,49%)	842.654 (37,91%)	901.475 (32,2%)	915.315 (27,62%)	959.000 (22,68%)	943.800 (20,78%)	944.000 (23,84%)	929.000 (23,35%)
Recursos Extra-orçamentários (REO)	733.302 (46,54%)	1.097.000 (56,51%)	1.380.000 (62,09%)	1.898.000 (67,8%)	2.398.126 (72,38%)	3.268.000 (77,32%)	3.596.100 (79,22%)	3.015.000 (76,16%)	3.048.000 (76,65%)
Orçamento Total	1.575.956 (100%)	1.939.654 (100%)	2.222.654 (100%)	2.799.475 (100%)	3.313.441 (100%)	4.227.000 (100%)	4.539.900 (100%)	3.959.000 (100%)	3.977.000 (100%)

Fonte: Elaboração própria a partir de informações obtidas dos documentos relativos às Propostas Orçamentárias da OMS entre 2006 e 2015

Outro elemento de continuidade observado em todas as Propostas Orçamentárias foi o **padrão de distribuição regional da previsão de RR**, que se concentrou na região Africana (AFRO) como destino prioritário desses recursos. Para os demais Escritórios regionais o percentual desses recursos se manteve constante ao longo de todo o período analisado, variando apenas levemente de um exercício orçamentário para outro. Observa-se a mesma tendência de concentração de recursos no Escritório Regional AFRO quando se avalia o montante de recursos extra-orçamentários previstos em cada Proposta Orçamentária (Tabela 2).

Essa dinâmica evidencia, aparentemente, uma tendência de reforço da presença da OMS nos países mais necessitados, o que é explicitado em todos os discursos analisados e constatado na análise dos documentos.

Tabela 2: Distribuição de recursos regulares (RR) e extra-orçamentários (REO) entre a Sede e os Escritórios Regionais por biênio (em US\$ milhões)

Biênio	Fonte	Sede (Valor/%)	África (Valor/%)	Américas (Valor/%)	Sudeste Asiático (Valor/%)	Europa (Valor/%)	Oriente Médio (Valor/%)	Pacífico Oriental (Valor/%)	Subtotais (Valor/%)	Total (Valor/%)
1998-1999	RR	282.954 (33,57%)	157.413 (18,68%)	82.868 (9,83%)	99.251 (11,77%)	49.823 (5,91%)	90.249 (10,71%)	80.279 (9,52%)	842.654 (53,46%)	1.575.956 (100%)
	REO	733.302 (100%)							733.302 (46,54%)	
2000-2001	RR	279.055 (33,11%)	176.822 (20,98%)	77.725 (9,22%)	95.494 (11,33%)	51.699 (6,13%)	85.869 (10,19%)	75.889 (9%)	842.654 (43,49%)	1.939.654 (100%)
	REO	1.097.000 (100%)							1.097.000 (56,51%)	
2002-2003	RR	279.055 (33,11%)	186.472 (22,12%)	74.682 (8,86%)	93.022 (11,03%)	52.771 (6,26%)	83.390 (9,89%)	73.262 (8,69%)	842.654 (37,91%)	2.222.654 (100%)
	REO	1.380.000 (100%)							1.380.000 (62,09%)	
2004-2005	RR	316.597 (35,11%)	198.149 (21,98%)	75.399 (8,36%)	96.230 (10,67%)	56.295 (6,24%)	84.689 (9,39%)	74.116 (8,22%)	901.475 (32,2%)	2.799.475 (100%)
	REO	1.898.000 (100%)							1.898.000 (67,8%)	
2006-2007	RR	312.528 (34,14%)	203.627 (22,24%)	77.768 (8,49%)	99.251 (10,84%)	58.180 (6,35%)	87.041 (9,5%)	76.505 (8,35%)	915.315 (27,62%)	3.313.441 (100%)
	REO	680.447 (28,37%)	745.826 (31,1%)	120.750 (5,03%)	257.962 (10,75%)	142.395 (5,93%)	294.390 (12,27%)	156.359 (6,52%)	2.398.126 (72,38%)	
2008-2009	RR	312.000 (32,53%)	204.000 (21,27%)	78.000 (8,13%)	99.000 (10,32%)	58.000 (6,04%)	87.000 (9,07%)	77.000 (8,02%)	959.000 (22,68%)	4.227.000 (100%)
	REO	681.000 (20,83%)	746.000 (22,82%)	121.000 (3,70%)	258.000 (7,89%)	142.000 (4,34%)	294.000 (8,99%)	156.000 (4,77%)	3.268.000 (77,32%)	
2010-2011	RR	319.900 (33,89%)	209.600 (22,2%)	80.700 (8,55%)	102.300 (10,83%)	62.000 (17,4%)	90.600 (9,59%)	78.700 (8,33%)	943.800 (20,78%)	4.539.900 (100%)
	REO	1.069.300 (29,73%)	1.053.300 (29,29%)	175.400 (4,92%)	442.200 (12,32%)	199.900 (5,55%)	424.400 (11,8%)	231.600 (6,44%)	3.596.100 (79,22%)	
2012-2013	RR	320.000 (34,33%)	210.000 (22,6%)	81.000 (8,71%)	102.000 (10,97%)	62.000 (6,67%)	91.000 (9,79%)	78.000 (8,39%)	944.000 (23,84%)	3.959.000 (100%)
	REO	976.000 (32,27%)	883.000 (29,28%)	92.000 (3,05%)	282.000 (9,35%)	151.000 (5%)	463.000 (15,35%)	167.000 (5,53%)	3.015.000 (76,16%)	
2014-2015	RR	1.286.000 (32,33%)	1.120.000 (28,16%)	176.000 (4,42%)	340.000 (8,54%)	225.000 (5,65%)	560.000 (14,08%)	270.000 (6,78%)	929.000 (23,35%)	3.977.000 (100%)
	REO								3.048.000 (76,65%)	

Fonte: Elaboração própria a partir de informações obtidas dos documentos relativos às Propostas Orçamentárias da OMS entre 2006 e 2015.

Os dados confirmam a crescente dependência financeira da OMS em relação aos recursos extra-orçamentários e a consequente diminuição de sua capacidade de executar plenamente as prioridades da agenda de trabalho acordada nos órgãos diretivos da organização, sobretudo pela total falta de flexibilidade na execução desses recursos (que são *earmarked*), o que é confirmado em diversos documentos da organização (WHO, 2003a; 2005a; 2008b; 2009a; 2011o; 2013g).

Outra característica que marca todas as Propostas Orçamentárias, desde a gestão de Brundtland até a de Margaret Chan, é a preocupação com a **transparência e a accountability**¹⁴. Entre os fatores que confirmam essa perspectiva pode-se destacar que, desde 2002, os documentos demonstram que as Propostas orçamentárias da OMS foram formuladas e aprovadas após intenso

¹⁴ É difícil traduzir este termo do inglês para o português, pois não temos uma palavra que expresse inteiramente seu significado. Talvez a tradução mais próxima seja “responsabilização”.

debate sobre os objetivos, perspectivas e critérios de alocação de recursos, de modo a assegurar, segundo os discursos, a interdependência entre os diferentes níveis de gestão e a transparência na execução dos recursos. Além disso, o Secretariado buscou adotar mecanismos de controle e monitoramento regular desse processo (transparentes e *accountable*), de modo a possibilitar a revisão dos relatórios financeiros. Particularmente na gestão de Lee foram incorporadas outras medidas a essas estratégias, como o refinamento dos “indicadores de monitoramento de progresso” (incluindo a associação aos ODMs) e a instalação do Sistema Global de Administração (WHO, 2005a). Às Propostas Orçamentárias da gestão de Margareth Chan foram acrescentadas as “avaliações de médio prazo” e de “final de biênio”, além da “lista de parceiros e de arranjos colaborativos” com a OMS (WHO, 2009; 2011b, Anexo II). Chan adotou também avaliações externas independentes e outras metodologias de monitoramento e mensuração de progresso, adaptáveis a cada situação.

Portanto, ao longo desses anos, a OMS reforçou seus instrumentos de controle, monitoramento e gestão, na perspectiva de, teoricamente, possibilitar maior transparência dos seus processos internos, tornando a execução de seus orçamentos e o alcance dos resultados esperados mais facilmente mensuráveis. Entretanto, a confirmação de que esse resultado foi alcançado não foi objeto deste estudo.

No tocante à **priorização de áreas de trabalho**, a gestão de Gro Brundtland manteve as mesmas prioridades da gestão anterior a serem executadas, porém, por novas estruturas organizacionais (os 9 *clusters* temáticos e o *cluster* administrativo, mencionados anteriormente). Esta estrutura se manteve na Proposta Orçamentária 2004-2005, executada na gestão de J. W. Lee.

Ainda na gestão da Brundtland, em 2000 a área de “Mudança Social e Saúde Mental” foi absorvida pela de doenças não-transmissíveis, que passa a integrar o *cluster* denominado então de “Doenças Não-Transmissíveis e Saúde Mental”; e na proposta orçamentária de para 2004-2005 foi proposto que o *cluster* “Sistemas de Saúde e Saúde Comunitária” passasse a ser denominado “Saúde da Família e Saúde Comunitária” (Quadro 5a). Essa proposta foi aprovada na AMS de 2003, já sob a gestão de Lee, e os dois *clusters* foram mantidos com esse nome até a proposta orçamentária 2006-2007, lançada em 2005.

Quadro 2: Distribuição dos Recursos Regulares e Extra-Orçamentários por Áreas de Trabalho Prioritárias durante a gestão de Brundtland (1998-2003) e Lee (2003-2005)

US\$ milhões

Proposta Orçamentária	Áreas de Trabalho Prioritárias (Total de Recursos)
1998-1999 (Brundtland)	Clusters Temáticos: Doenças Transmissíveis (US\$45.313); Doenças Não-Transmissíveis (US\$8.475); Sistemas de Saúde e Saúde Comunitária (US\$60.360); Desenvolvimento Sustentável e Ambientes Saudáveis (50.368); Tecnologias para a saúde e produtos farmacêuticos (30.863); Evidências e informações para políticas (US\$56.114); Mudança social e saúde mental (US\$17.668); Cluster Administrativo: Relações externas e órgãos diretivos (US\$50.638); Administração geral (US\$ 167.674); Diretor-Geral, Diretores-Regionais e Funções Independentes (US\$ 33.351).
2000-2001 (Brundtland)	Clusters Temáticos: Doenças Transmissíveis (US\$52.227); Doenças Não-Transmissíveis (US\$15.838); Sistemas de Saúde e Saúde Comunitária (US\$59.634); Desenvolvimento Sustentável e Ambientes Saudáveis (US\$48.756); Tecnologias para a saúde e produtos farmacêuticos (US\$33.082); Evidências e informações para políticas (US\$59.077); Mudança social e saúde mental (US\$21.181) Cluster Administrativo: Relações externas e órgãos diretivos (50.209); Administração geral (US\$144.281); Diretor-Geral, Diretores-Regionais e Funções Independentes (US\$27.586)
2002-2003 (Brundtland e Lee)	Clusters Temáticos: Doenças Transmissíveis (50.892); Doenças Não-Transmissíveis (US\$40.170); Sistemas de Saúde e Saúde Comunitária (US\$33.372); Desenvolvimento Sustentável e Ambientes Saudáveis (US\$47.368); Tecnologias para a saúde e produtos farmacêuticos (US\$51.602); Evidências e informações para políticas (US\$181.925); Cluster Administrativo: Relações externas e órgãos diretivos (US\$44.746); Administração geral (US\$139.459); Diretor-Geral, Diretores-Regionais e Funções Independentes (US\$21.528).
2004-2005 (Lee)	Clusters Temáticos: Doenças Transmissíveis (US\$86.214); Doenças Não-Transmissíveis e Saúde Mental (US\$72.216); Saúde da Família e Saúde Comunitária (US\$62.583); Desenvolvimento Sustentável e Ambientes Saudáveis (84.844); Tecnologias para a saúde e produtos farmacêuticos (US\$30.863); Evidências e informações para políticas (US\$56.114 Cluster Administrativo: Relações externas e órgãos diretivos (US\$45.808); Administração geral (US\$144.823); Diretor-Geral, Diretores-Regionais e Funções Independentes (US\$22.258.)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos dos documentos relativos às Propostas Orçamentárias da OMS entre 1998 e 2005.

Em relação à **distribuição de recursos pelas áreas de trabalho** é possível observar algumas tendências: (i) aumentos nos montantes de recursos regulares destinados aos *clusters* temáticos ao longo das gestões Brundland e Lee; e (ii) a redução nos valores de recursos regulares para o *cluster* administrativo, no mesmo período. Essa dinâmica pode indicar a materialização da estratégia adotada pela OMS nessas gestões de concentrar recursos na execução de programas e

maximizar a eficiência de suas atividades, assim como de buscar parcerias, o que é constatado em nível dos discursos, em todas as Propostas Orçamentárias.

O **Plano-Geral de Trabalho (PGT) 2002-2005**, aprovado na 54ª AMS em 2001, reflete essa estratégia, adotada desde o início da gestão de Brundtland, particularmente no que se refere à institucionalização de parcerias para “fortalecer” a atuação da OMS no cenário internacional, justificada pela necessidade de aumentar as “vantagens comparativas” da organização em relação aos demais atores que na arena internacional. É neste PGT que Brundtland define os quatro focos principais da “saúde internacional”¹⁵ (WHO, 2001a, p. 6) e explicita as “ações estratégicas onde o trabalho técnico da OMS deveria ser centrado” (com base na estrutura dos *clusters* temáticos), além das funções primordiais da organização. Nesse sentido, o PGT 2002-2005 é o primeiro documento de reorientação política formalmente apresentado e aprovado pela AMS na gestão de Gro Brundtland.

No entanto, a partir de 2006, com a eleição de Margareth Chan para a DG (que foi reeleita em 2012 e permanece no cargo até o fim desta pesquisa), a apresentação e organização das áreas, assim como a distribuição de recursos, passa por modificações.

Nas gestões de Lee e Chan as áreas de trabalho prioritárias foram agrupadas em grandes temas, mas de forma diferente, pois Lee excluiu a denominação de *cluster* e retornou à denominação anterior (áreas de trabalho), indicando continuidade nos esforços de transversalidade, mas distintas percepções em relação aos agrupamentos temáticos. Porém, ambas as gestões não priorizaram a referência direta em termos de alocação de recursos, seja aos *clusters* ou às áreas de trabalho.

Assim, em 2006-2007 (ainda na gestão Lee) foram definidas as chamadas **prioridades programáticas**, reformuladas sob a gestão de Chan em 2008-2009; e, em 2010-2011, as **áreas de trabalho** foram reorganizadas em **13 objetivos estratégicos**, consolidados em **Programas de Base**, **Programas Especiais** e **Arranjos Colaborativos**, além do **Programa de Resposta a Crises e Surtos** (WHO, 2011o, p. 10), o que, segundo o discurso do DG, facilitaria a gestão orçamentária e ampliaria a transparência da execução financeira (Quadro 4).

¹⁵ São eles:(i) fatores sociais, econômicos e políticos que afetam a saúde; (ii) maior complexidade dos sistemas de saúde e número maior de atores que atuam no setor; (iii) salvaguardas à saúde como componente da ação humanitária; (iv) necessidade de maior coordenação entre agências de desenvolvimento.

Quadro 3: Reorganização institucional e Distribuição dos Recursos Totais da OMS por Áreas de Trabalho Prioritárias (gestões Lee e Chan)

US\$ milhões

Propostas Orçamentárias	Reorganização institucional e Total de Recursos alocados por Área ou prioridades
Prioridades Programáticas	
2006-2007	1. Intervenções essenciais em saúde (US\$1.756,123) 2. Sistemas, políticas e produtos de saúde (US\$430,747) 3. Determinantes da saúde (US\$364,478) 4. Apoio efetivo aos Estados membros (US\$695,822)
Reformulação das Prioridades Programáticas	
2008-2009	1. Reduzir a mortalidade materno-infantil com foco no acesso e cobertura universais, para intervenções efetivas e o fortalecimento de serviços de saúde (US\$224,4) 2. Tratar da epidemia de doenças crônicas não-transmissíveis, com ênfase na redução de fatores de risco (US\$320,2) 3. Implementar o Regulamento Sanitário Internacional e responder rapidamente a surto de doenças conhecidas e novas (US\$355,7) 4. Melhorar sistemas de saúde, com foco em recursos humanos, financiamento e informações em saúde (US\$514,1) 5. Melhorar a performance da OMS com melhores meios de trabalho e estabelecer parcerias de gestão para melhores resultados nos países (US\$756,7)
Objetivos estratégicos e Programas	
2010-2011	13 Objetivos Estratégicos ¹⁶ , distribuídos em Programas de Base ¹⁷ (US\$3.368), Programas Especiais e Arranjos Colaborativos ¹⁸ (US\$822) e Programa de Resposta a surtos e emergências ¹⁹ (US\$350)
2012-2013	13 Objetivos Estratégicos ¹ , distribuídos em Programas de Base (US\$2.627), Programas Especiais e Arranjos Colaborativos (864) e Resposta a surtos e emergências (US\$469)

¹⁶ 1. Objetivos Estratégicos: reduzir a carga sanitária, social e econômica de doenças transmissíveis; 2. Combater HIV/AIDS, tuberculose e malária; 3. Prevenir e reduzir doenças incapacitantes e mortes prematuras relacionadas a enfermidades não-transmissíveis, desordens mentais, violência e lesões, além de deficiência visual; 4. Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde em etapas-chave da vida; 5. Reduzir as consequências de emergências, desastres, crises e conflitos; 6. Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir e reduzir os fatores de risco; 7. Atender à demanda dos Determinantes Sociais da Saúde por meio de políticas e programas que ampliem a equidade em saúde e integrem perspectivas em favor dos mais pobres e sejam voltadas para as questões de gênero e direitos humanos; 8. Promover um ambiente saudável e intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas; 9. Melhorar a segurança nutricional e de alimentos; 10. Melhorar os serviços de saúde; 11. Assegurar a melhoria do acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias de saúde; 12. Oferecer liderança, fortalecer a governança e promover parcerias e colaborações com países, a ONU e outros atores; e 13. Desenvolver e sustentar a OMS como uma organização flexível e capaz de aprender, para executar seu mandato com maior eficácia e eficiência.

¹⁷Programas de Base: atividades sobre as quais a OMS tem controle estratégico e operacional exclusivo, no sentido da escolha dos meios, localidades e período em que devem ser implementadas.

¹⁸Programas Especiais e Arranjos Colaborativos: atividades inseridas plenamente na hierarquia de resultados das OMS, que detém a autoridade executiva dessas ações. No entanto, as atividades desse segmento são realizadas em colaboração com outros atores, que determinam juntamente com a OMS a magnitude das operações associadas, de acordo com a natureza da própria atividade.

¹⁹Resposta a surtos e emergências: atividades definidas por eventos agudos externos, cujos recursos em geral são significativos e de difícil previsibilidade, com alto grau de incerteza nas propostas orçamentárias.

2014-2015	6 categorias de trabalho: doenças infecciosas (US\$841); doenças não-transmissíveis (US\$318); promoção da saúde no curso de vida (US\$388); sistemas de saúde (US\$531); preparação, vigilância e resposta (US\$287); funções corporativas (US\$684); além de um total reservado para emergências (US\$928).
------------------	---

Fonte: Elaboração própria a partir de informações obtidas dos documentos relativos às Propostas Orçamentárias da OMS entre 2006 e 2015.

Essas mudanças correspondem às novas prioridades identificadas no **11º PGT 2006-2015**, o primeiro plano formulado para 10 anos no período analisado, ainda na gestão de Lee²⁰. Mas, a exemplo do PGT anterior, reforçava a aproximação da OMS com outros atores e setores e a conformação de parcerias, sem perder de vista o fortalecimento do papel da organização na arena internacional da saúde. O novo Plano incorporou novas temáticas como atuação prioritária da OMS, como os Determinantes Sociais da Saúde e a necessidade de preparação e capacitação de resposta dos Estados membros a desastres naturais e surtos de doenças ou epidemias. Além disso, esse PGT reposicionou a saúde nas questões relativas à segurança humana e no debate sobre o desenvolvimento, identificando grandes tendências globais em saúde, como o envelhecimento e o crescimento populacionais, a deterioração das condições ambientais, a ampliação dos comportamentos insalubres e o aumento da demanda por níveis mais complexos de atenção em saúde. Os surtos de H5N1 e de SARS, no início da primeira década dos anos 2000, e o *tsunami* de 2004 foram dois elementos importantes para a formulação desse PGT.

O 11º PGT explicita o reconhecimento da OMS sobre a complexificação do cenário internacional da saúde e o trata como um desafio para a governança do setor, buscando delinear o espaço de atuação especializado da organização em relação aos demais atores; reconhece a importância de outros setores para o equacionamento das questões de saúde e desenvolvimento, assim como a importância de considerar a miríade de atores com influência sobre o cenário internacional, incluído o da saúde, e enfatiza a necessidade de interação da OMS com outras agências da ONU. Nessa perspectiva, os indicadores desse Plano estão relacionados com o alcance dos ODMs. As prioridades estabelecidas nesse plano se refletem na **Proposta Orçamentária 2006-2007**, ainda na gestão Lee, com a priorização das áreas de “Alerta e Resposta a Surtos e Emergências”.

No entanto, é apenas na **Proposta Orçamentária 2008-2009**, sob a direção de Chan, que se delinea mais claramente, no corpo do documento aprovado pela 60ª AMS, a definição de **novas áreas programáticas prioritárias**, correspondentes às preocupações manifestas no 11º PGT. Importante ressaltar que essa Proposta Orçamentária é a primeira lançada formalmente na gestão de

²⁰ O primeiro programa de trabalho da gestão de Brundtland foi formulado para 4 anos (2002-2005). Com Lee, o 11º PGT (2006-2105) foi o primeiro formulado para 10 anos. Por outro lado, não se foram encontrados registros sobre os prazos dos planos de trabalho anteriores.

Margaret Chan, que havia afirmado que centraria seu trabalho no “enfrentamento das vulnerabilidades”, no “alcance dos ODMs” e no “apoio aos Estados-membros para a consolidação das capacidades de vigilância e resposta a surtos e epidemias” (WHO, 2006c, p. 4). Embora tenha mantido os princípios gerais que conduziram a formulação da Proposta Orçamentária anterior, na de 2008-2009 Chan parece sinalizar o tom que marcaria sua gestão: uma nova reorganização institucional, com ênfase na eficiência, desconsiderando, em parte, o plano de 10 anos formulado por Lee.

O lançamento do **Plano Estratégico de Médio-Prazo (MTSP) 2008-2013** espelham as diretrizes de Chan, sobretudo no que se refere à reorganização das áreas prioritárias, seguindo a ideia de “descompartimentalização” da OMS e a busca de “maior transversalidade” (WHO, 2008a, p. 3) entre os *clusters*, que estariam fragmentando a gestão, duplicando esforços e criando lacunas de execução, ao mesmo tempo em que deu continuidade ao aprofundamento do diálogo com outros setores e atores do cenário internacional da saúde, de acordo com as estratégias adotadas por seus antecessores.

A mesma reorganização dessas áreas se reproduz nas **Propostas Orçamentárias 2010-2011** e **2012-2013**, sendo que a segunda já foi aprovada nesse contexto de reforma organizacional, iniciado formalmente em 2011. Importante destacar, porém, que a partir da Proposta Orçamentária 2012-2013, os valores de ambos os recursos — regulares e extra-orçamentários — não são mais apresentados separadamente, mas sim agregados. Exceto pela Proposta Orçamentária 2000-2001 e seu comparativo com o exercício anterior, todas os documentos apresentaram descrição detalhada a distribuição de recursos regulares e extra-orçamentários por área de trabalho e Escritório Regional.

Os dados analisados até o momento sugerem, portanto, uma continuidade no processo de reorganização da OMS nas três gestões (Brundtland, Lee e Chan).

As novas diretrizes políticas e estruturais adotadas no processo de reforma atual só se refletirão na conformação do **12º PGT**, que terá impacto direto na formulação da **Proposta Orçamentária 2014-2015** (Anexo 2).

É preciso registrar que esse novo PGT (2014-2019) traz uma perspectiva de inflexão na trajetória da OMS, por apresentar, com mais objetividade, os elementos de reforma organizacional, dentre eles o reconhecimento da preocupante crise de financiamento das agências multilaterais. Apesar disso, evidencia as continuidades em relação às gestões anteriores: redefine as áreas prioritárias e reconhece as novas tendências na saúde global, reafirmando a relação entre saúde e desenvolvimento e problematizando a importância da preparação para surtos e emergências. Reconhece também a atuação dos outros atores na arena internacional da saúde, e os desafios que pluralidade trazem para o processo decisório e a condução setorial em nível global. Nessa perspectiva, busca delinear os espaços prioritários de atuação da OMS.

É nesse contexto que o 12º PGT incorpora uma dinâmica que caracteriza o **atual processo de reforma da OMS**, na tentativa de impulsionar uma “transformação” que possibilite o reposicionamento da organização no cenário internacional da saúde. Para tanto, adota um **novo processo de formulação de agenda e de definição de áreas de trabalho prioritárias**, que inclui alinhamento entre financiamento e prioridades, qualificação do papel de liderança da OMS no setor e gestão voltada para alcançar a “excelência institucional”.

O elemento de mudança mais objetivo adotado então é a “**cadeia de resultados**”, como instrumento de definição de critérios e prioridades, pelo qual a OMS espera obter melhor ordenamento dos resultados esperados. Essa “nova” metodologia de organização do trabalho da OMS, instituída a partir do 12º PGT, inclui: “*inputs*” (recursos financeiros, humanos e materiais); “atividades” (tarefas e ações); “*outputs*” (distribuição de produtos e serviços); “*outcomes*” (resultados gerais para cada prioridade programática); e “impacto” (resultados específicos para cada prioridade programática). (WHO, 2013g). Com base nessa ferramenta são determinadas as prioridades para o período 2014-2019, que são enquadradas em cinco categorias técnicas de trabalho—Doenças Transmissíveis; Doenças Não-Transmissíveis; Promoção da Saúde ao longo da Vida; Sistemas de Saúde; Preparação, Vigilância e Resposta; Serviços Corporativos-Funções Executivas — e uma categoria administrativa. Adota-se ainda um “**novo processo**” de **monitoramento de progresso** na execução das ações programáticas, que inclui avaliações externas independentes e outras metodologias que deverão ser desenvolvidas por demanda, além das revisões de praxe — de médio prazo e de finais de biênios.

Na realidade essas “novidades” não diferem das anteriores e dão continuidade, na mesma linha, à chamada “dinamização administrativa” dos processos internos da organização.

Outro elemento incorporado ao 12ª PGT que, aparentemente, pode significar alguma mudança mais efetiva, é a adoção de um **novo modelo de financiamento** baseado no alinhamento entre as **prioridades** definidas pelos órgãos diretivos da OMS e os **recursos necessários** para a sua execução. Esse modelo de financiamento reconhece o “engessamento” da organização em função da alta dependência de recursos extra-orçamentários, o que justificaria a proposição de um mecanismo, até agora identificado como **Diálogo Financeiro**, para a captação de recursos e garantia de previsibilidade na execução financeira para a cobertura de todas as ações priorizadas e orçadas.

É nesse contexto que a OMS lança a **Proposta Orçamentária 2014-2015**, cujas 27 áreas programáticas já são organizadas na nova estrutura de cinco categorias técnicas e uma categoria administrativa, além de uma área específica sobre emergências.

É importante frisar a decisão do Secretariado da OMS de excluir qualquer menção explícita às instituições/organizações “parceiras” nessa Proposta Orçamentária, o que, num primeiro momento, contradiz o discurso oficial sobre o fortalecimento dos instrumentos de transparência e *accountability*. No entanto, uma possível explicação para esse fenômeno pode ser a expectativa de atração de parceiros via mecanismo de Diálogo Financeiro.

DISCUSSÃO

O processo atual de reforma da OMS tem antecedentes nas décadas de 1980 e 1990, quando a paulatina perda de credibilidade da organização se exacerbou com a ascensão explícita do Banco Mundial na governança da saúde global (ALMEIDA, 2014). Mas, seu início acontece a partir do final dessa década, na gestão de Brundtland, tomando corpo a partir do debate sobre a crise financeira enfrentada pela organização no início dos anos 2000.

Brundtland foi eleita para a direção geral da OMS como uma alternativa “nova”, externa a seus quadros, e transformadora para a organização²¹. Explicitou um discurso de mudança radical, prometendo alavancar o reposicionamento da OMS como liderança global da saúde no cenário mundial, gerando grande expectativa no setor. Assessorou-se de profissionais fortemente engajados na implementação da nova agenda de reformas setoriais dos anos 1980-1990, francamente pautada pela perspectiva político-ideológica neoliberal (ALMEIDA, 2006, 2013 e 2014). Em termos gerais, sua gestão não alcançou o sucesso apregoado e enfrentou percalços (ALMEIDA, 2014), assinalados anteriormente.

Entretanto, no que concerne à reforma da OMS, a gestão de Brundtland acelerou o processo de “captura” da organização por parceiros/doadores interessados em temas específicos e filiados a perspectivas que favoreciam o enfoque nas doenças e não na saúde, ao mesmo tempo em que estimulou a multiplicação das *Public-Private Partnerships* (PPPs) no setor, com a justificativa de que essa dinâmica permitiria superar a crise financeira, alavancar a liderança global e resgatar o respeito institucional que sempre havia desfrutado. Por outro lado, inaugurou uma série de reorganizações administrativas internas que, ao mesmo tempo, tinham como propósito melhorar sua eficiência e efetividade, além de dar mais transparência gerencial e torná-la mais “moderna e confiável”. Os dados analisados confirmam a implementação dessa estratégia, pelo menos em nível do discurso oficial e dos documentos discutidos e aprovados nas sucessivas AMS, e confirmam a dominância dos recursos oriundos desses “novos parceiros” (REO) que se tornaram dominantes no orçamento em muito pouco tempo e diminuíram enormemente seu poder decisório no setor.

²¹ Gro Brundtland foi chefe da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas, que teve papel importante na realização da Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento em 1992 (ECO-92), no Rio de Janeiro. Foi também primeira-ministra da Noruega. Após deixar a direção da OMS, em 2003, o que a deixou distante das discussões sobre desenvolvimento sustentável, apenas a partir dessa época, mais de uma década depois da conferência do Rio, Brundtland assumiu um papel mais ativo no debate político sobre mudanças no clima. Hoje ela é representante especial da ONU para Mudanças Climáticas e uma das maiores referências globais na discussão sobre um futuro de baixo carbono para o planeta. (Disponível em: <http://blog.gvces.com.br/index.php/tag/gro-harlem-brundtland/> — Acesso em: 08/11/2014).

Reid et al (2003) analisaram o período em que Brundtland decidiu não se candidatar à reeleição, no início da primeira década de 2000. Avaliaram que o sucesso do novo dirigente da OMS a ser eleito naquele então dependeria fortemente de sua capacidade de responder às relações da organização com outros agentes, em particular com o setor privado e ONGs, além de outras organizações multilaterais, particularmente o BM, o FMI e a OMC. Esses autores manifestam preocupação com a verticalização dos programas internos da OMS (em função dos arranjos com os grandes financiadores globais), além do intenso fluxo de recursos aportados por atores poderosos, como a Fundação Bill e Gates (FBMG) e o Departamento de Desenvolvimento Internacional (DFID) do Reino Unido. A própria conformação das PPPs reforçaria a noção de que a OMS seria cada vez mais confrontada com as distorções nas alocações de investimentos em saúde, aprofundando a duplicação de esforços e ampliando as lacunas no atendimento à saúde.

McCarthy (2002), por sua vez, considera que as reformas adotadas por Brundtland tornaram a OMS capaz de responder mais adequadamente à crescente complexidade do ambiente internacional, na medida em que a organização teria aprimorado seus processos e sistemas internos. No entanto, explicita o dissenso em torno da condução das parcerias, em especial com o setor privado, alertando para a importância da organização preservar sua independência, de modo a manter sua autoridade e executar sua função normativa. O autor reconhece, porém, os desafios impostos por essa estratégia, uma vez que a organização teria uma atuação “solitária” e seria cada vez mais confrontada pela profusão de doadores bilaterais e multilaterais, instituições financeiras, megafundações e ONGs.

Almeida (2014) afirma que na gestão de Brundtland a OMS aderiu explicitamente à agenda neoliberal que circulava pelo mundo há mais de uma década, realinhando a organização aos ditames hegemônicos das grandes potências, principalmente os EUA, e consolidando a sua subordinação aos grandes financiadores externos. Nesse processo, segundo a autora, a proeminência e liderança da OMS seria (historicamente) apenas “formal”, na perspectiva de um “prestígio controlado” (p. 37), pelo qual o papel da organização em grandes temas da saúde global dependeria sempre da sua capacidade de mobilização dos países-membro (como por exemplo, no caso da Convenção do Tabaco; do debate sobre propriedade intelectual e acesso a medicamentos; ou dos debates sobre os determinantes sociais da saúde), ou ainda de iniciativas promovidas e levadas adiante por “coalizações de países”, a depender do objeto em discussão.

A situação de subfinanciamento, de dependência de fundos extra-orçamentários e de confronto entre diferentes atores, alguns bastante poderosos, permaneceu nas gestões posteriores e não foi enfrentada ou modificada pelas gestões subsequentes (de Lee e Chan) que, com pequenas mudanças, reiteraram o foco na reorganização administrativa interna, sem tocar no cerne do

problema — a forma de composição do orçamento da OMS e sua extrema subordinação aos doadores “autônomos” e interessados em viabilizar objetivos particulares, em geral partilhados ou hegemônicos entre as grandes potências mundiais.

A gestão de Lee se manteve mais fiel a esses preceitos, além de reforçar o foco nas doenças e nos controles da saúde como “segurança humana”, numa perspectiva não muito diferente da ideia de saúde como “segurança nacional” (*health security*).

Os Diretores-Gerais subsequentes não foram capazes de mudar a dinâmica implantada por Brundtland, apesar de adotarem “minirreformas” no curso de suas gestões, visando adaptar a OMS às ocorrências do contexto com o qual se confrontava, concretizadas na implantação de novos Planos-Gerais de Trabalho e nas respectivas Propostas Orçamentárias bianuais. Em meio a tantas iniciativas parciais de “mudança”, chama a atenção a permanência de diversos elementos de continuidade entre as gestões, particularmente os esforços de descompartimentalização e de maior transversalidade entre as áreas programáticas, assim como a busca por maior transparência e *accountability* organizacional.

Os resultados deste estudo evidenciam que tanto J. W. Lee quanto Margaret Chan empreenderam esforços para alinhar ações, programas e prioridades nos três níveis organizacionais, de modo a reduzir gastos, maximizar o uso dos recursos disponíveis e tornar a OMS mais transparente e *accountable* para seus “investidores”, prioritariamente os Estados-membro que a compõem. Buscaram também delimitar o papel da OMS em meio à miríade de atores públicos e privados que operam no cenário internacional contemporâneo da saúde, tentando resgatar a função de liderança da OMS e reforçar o papel de coordenação da organização nesse novo ambiente mundial. Pode-se dizer que nas gestões de Chan esses esforços têm sido mais evidentes. No entanto, a partir da análise dos dados coletados, verifica-se que, aparentemente, os resultados dessas iniciativas não foram inovadores nem alcançaram todos os objetivos propostos.

Ao analisar as medidas adotadas por Chan podemos observar que a DG reafirmou uma tendência adotada desde Gro Brundtland no que se refere à reorganização institucional em busca de maior eficiência e eficácia, assim como seu antecessor. Entretanto, pode ser que o reordenamento interno adotado por Chan, baseado em novas metodologias de categorização e definição de prioridades programáticas e amparado pela noção de transversalidade dos temas, em perspectiva um pouco diferente das anteriores, contribua para que a OMS funcione de forma mais dinâmica e organizada, o que não é possível afirmar a partir desta pesquisa, mas merece atenção e aprofundamento posterior.

A avaliação da Proposta Orçamentária 2014-2015 mostra que a tendência à dependência de recursos extra-orçamentários permanece uma constante, com implicações diretas na gestão institucional, limitando a previsibilidade de recursos e ampliando as incertezas quanto ao alcance dos resultados esperados. Outrossim, na medida em que a maior parte da Programação Orçamentária se fundamenta nesses recursos, o alcance das prioridades de agenda acordadas nos órgãos diretivos da organização torna-se cada vez mais inatingível – atualmente mais de dois terços de seu orçamento total são constituídos por esse tipo de recurso – dada a reduzida (ou inexistente) capacidade de interferência da OMS na execução desses financiamentos e os custos detransação embutidos em outros arranjos com parceiros externos.

De acordo com os documentos analisados, países centrais como os EUA e diversos países europeus ampliaram regularmente suas doações extra-orçamentárias à OMS, direcionando-as a programas específicos executados dentro da estrutura da organização. O resultado desses aportes (em geral de alta monta) interfere de forma importante no processo decisório da organização, praticamente impedindo a priorização de atividades e a execução de seus programas regulares, discutidos e aprovados coletivamente nas AMS, pois permanecem subfinanciados, ao passo que os programas financiados por essas “doações”, em geral “verticais” e *earmarked*, se sustentam bastante bem com base nas negociações bilaterais. O decorrente desequilíbrio de poder enfraquece a capacidade de decisão dos países menos abastados e fomenta na OMS a hierarquia nas relações de poder e as polarizações vigentes no sistema mundial contemporâneo.

Algumas análises teóricas parecem corroborar essa situação. Ao discutir da governança global em saúde, Fidler (2010) trata da conformação de arranjos institucionais voltados para a resposta a problemas específicos, caracterizando a arena internacional por uma profusão de atores, instituições, iniciativas e financiadores, que competem politicamente, geram redundâncias e fragmentação, dificultando o estabelecimento de prioridades e resultando em desperdício de recursos e incoerência normativa. Assim como Fidler (2009), outros atores (ALMEIDA et al. 2007/2008; FELDBAUM et al., 2010; ALMEIDA, 2013, 2014) alertam para o impacto da globalização sobre a ampliação da interdependência e interconectividade entre os países e o decorrente aumento dos desafios do sistema mundial, em que a ação coletiva dos Estados deve incluir as organizações intergovernamentais e outros atores não-estatais.

Essa situação também é demonstrada com dados por alguns autores. Ao mesmo tempo em que se deteriorava a situação do orçamento da OMS, aumentavam significativamente os financiamentos globais para atividades específicas em saúde. Como demonstra o estudo de Ravishankar et al. (2009), entre 1990 e 2007 o volume de recursos aportados para a assistência ao desenvolvimento em saúde se quadruplicou, passando de US\$ 5.6 bilhões para cerca de US\$ 21.8

bilhões (p. 2117). A Fundação Bill e Melinda Gates está entre os maiores doadores globais no setor saúde e sozinha desembolsou cerca de US\$ 2 bilhões na última década (anos 2000), sendo que a maior parte desses recursos foi canalizada para parcerias público-privadas, tais como GAVI, Fundo Global, Banco Mundial e agências multilaterais, sobretudo para as duas primeiras. Paralelamente, as agências do sistema das Nações Unidas e os bancos de desenvolvimento decresceram seus aportes, numa espécie de “substituição” de fontes. Ao se confrontar o orçamento total da OMS com esses desembolsos, é evidente o desequilíbrio orçamentário entre as duas fontes de recursos (regulares e extra-orçamentários).

Em paralelo, o papel das ONGs no setor saúde, nacional e internacional, também se ampliou consideravelmente, a partir da captação de recursos públicos e privados, multi ou bilaterais, atuando principalmente nos países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento. Essa situação gerou competição por recursos em âmbito internacional, fazendo com que a OMS, ou outras agências multilaterais (como o UNICEF), disputem por financiamento em pé de igualdade com essas organizações, nacionais e internacionais, e outros países receptores. Ravishankar et al. (2009) apontam que essa situação tenderia a questionar a “neutralidade” (p. 2122) dessas agências como provedoras confiáveis de apoio aos países e governos que delas necessitam.

É nesse contexto que se insere a discussão sobre o papel da OMS nesse complexo cenário. Alguns autores apontam que a OMS deveria exercer o seu “poder normativo em assuntos-chave para a saúde global” (SRIDHAR et al, 2011, p. E2), além de influenciar de forma mais efetiva outros regimes internacionais que afetam a saúde, como os de comércio, propriedade intelectual, controle de armas e mudanças climáticas, dado que para isso teria sido criada.

Fidler (2010) corrobora essa percepção ao considerar que controvérsias de caráter comercial e preocupações relacionadas à capacidade de vigilância e resposta ao bioterrorismo influenciam a formulação das políticas de saúde. Feldbaum (2010), por sua vez, salienta as tensões entre interesses econômicos e preocupações com o impacto de doenças transmissíveis como exemplos da influência de interesses externos à saúde que limitam o alcance de objetivos de saúde global.

Essa visão também é reforçada por Kickbusch (2013), que reconhece as dificuldades que uma organização subfinanciada enfrenta para coordenar os esforços globais em matéria de saúde. Apesar disso, considera que a OMS se engajou em diversas ações de grande impacto, como iniciativas de formulação de regras e diretrizes²²); apresentou orientações claras sobre o

²² É no seio da OMS que se desenrolaram as negociações do novo RSI (2005), da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (2006) e, mais recentemente, da Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (2008), além de outras articulações multi-setoriais de grande importância,

financiamento de sistemas de saúde (Relatório Mundial da Saúde 2011); respondeu a grandes surtos de doenças e externalidades (SARS e H1N1, em 2003 e 2009, respectivamente); e lançou iniciativas guiadas por novos valores, como a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (2005). Além disso, a OMS tornou-se palco de debates e negociações entre governos e diversos atores da arena global da saúde, que levaram a importantes decisões, como a Declaração Política da ONU sobre a doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs, 2011), consideradas atividades burocráticas enfadonhas, evitadas por grande parte de outros atores globais (p. 482-483). O processo atual de reforma seria a oportunidade para a organização retomar seu papel de liderança na condução desses processos; entretanto, a grande dependência de recursos filantrópicos ou destinados a atividades ou programas específicos seria um limitador crucial dessas mudanças. Para Kickbusch (2013), apenas um novo modelo de financiamento, baseado num diálogo financeiro, e com o apoio dos países desenvolvidos e da Assembleia Geral da ONU no debate sobre o papel da saúde nos objetivos do desenvolvimento, poderia agregar valor às atividades da OMS.

Em paralelo, Richter (2012) considera que a preocupação mais relevante no processo atual de reforma da OMS deveria ser a preservação das funções e papéis constitucionais da organização. Seria preciso atentar para o risco de que a OMS se transforme numa agência organizadora de debates multissetoriais, ao invés de se manter como coordenadora das políticas e de programas internacionais de saúde (p. 147). Para tanto, seria importante garantir que o seu mandato constitucional e as suas funções centrais fossem salvaguardados, conforme estabelecido no artigo 1 (que define seu objetivo como o “alcance por todos os povos do mais alto nível possível de saúde”); no artigo 2a (que descreve a função da OMS – “agir como a autoridade diretora e coordenadora do trabalho em saúde internacional”); e nos artigos 2k, 2r e 2u (relativos ao papel regulatório e de estabelecimento de padrões em matéria de saúde internacional) (p. 147).

Esta percepção é reforçada pelo argumento de alguns autores, como Ferreira et al. (2013), que consideram necessário um novo pacto global em torno do sistema das Nações Unidas, no sentido de maximizar o papel de suas agências e a supressão daquelas que duplicam ou replicam atividades semelhantes, numa espécie de “multilateralismo renovado” (p. 5), reorientando recursos para o fortalecimento dos sistemas de saúde e agindo sobre os determinantes sociais da saúde.

Nesse contexto de pluralidade de fundos, iniciativas e atores, a falta de consenso entre os agentes sobre as prioridades e a crescente fragmentação, descoordenação e incongruência da agenda global da saúde só poderiam ser revertidas por uma agência forte, capaz de coordenar e promover a convergência de ideias e propostas a favor do alcance de objetivos comuns, papel este

como a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) e o Plano de Ação sobre Doenças Não-Transmissíveis (2012).

historicamente atribuído à OMS. Richter (2012) considera também que, em virtude do novo cenário internacional, mais complexo e dinâmico, a organização deveria conferir maior ênfase ao seu papel normativo, de forma mais especializada, especialmente no que concerne à conformação de importantes debates, tais como o da CQCT e aqueles relacionados à propriedade intelectual. Esse novo papel de liderança exigiria da OMS a capacidade de se adaptar a essa nova realidade e de compor quadros internos especializados e competentes para desenvolver essa missão, de modo a viabilizar a coordenação multilateral e a cooperação entre países por intermédio de instrumentos normativos, a partir dos quais a organização poderá desempenhar papel relevante na saúde global.

Esse também é o argumento de Garay et al. (2013), ao tratar do conceito de governança global em saúde, pelo qual se espera uma ação coletiva transfronteiriça para lidar com os desafios à saúde que exigem interação entre instituições, regras e processos desenvolvidos por Estados, organizações governamentais e atores não-estatais. Para Fidler (2010), entretanto, seria necessário adequar os mecanismos de ação coletiva de modo a tornar a governança coordenada, multissetorial e centrada na saúde (p. 6, tradução livre).

O 12º Programa-Geral de Trabalho (PGT) e a Proposta de Orçamento Bianual 2014-2015, aprovados pela 66ª AMS em 2013 (WHO, 2013a), foram elaborados com a perspectiva de alterar a atual realidade institucional. Nesses dois documentos, a OMS reconhece que a governança da saúde não é tarefa exclusiva dos Estados, num contexto em que um “amplo espectro de novas organizações, canais de financiamento e sistemas de monitoramento injetam maior complexidade ao cenário institucional da saúde global” (WHO, junho 2013g, p. 09, tradução livre). Reconhece também a necessidade de um novo modelo de ação, que gere melhores resultados para a saúde no mundo, maior coerência entre as iniciativas dos diversos atores do setor e, conseqüentemente, melhor governança na saúde global, além de melhorias na gestão institucional.

Ao descrever o consenso alcançado entre os Estados-membro no tocante às prioridades programáticas para os próximos anos, em áreas nas quais a organização tem função única ou vantagem comparativa, a OMS propõe que o Programa Orçamentário 2014-2015 seja considerado um “plano de transição”, construído sobre as expectativas dos Estados-membro em ter um orçamento realista baseado nas tendências anteriores de financiamento e gastos, assim como em resultados que reflitam mudanças programáticas baseadas em prioridades em saúde.

O modelo de financiamento desse Programa Orçamentário fundamenta-se numa nova metodologia de alocação de recursos, fortemente embasada em planejamento programático e financeiro, no qual o papel dos três níveis organizacionais (na sede da OMS, nos Escritórios Regionais e representações nacionais) foi definido de forma detalhada. Propôs-se, assim, que as

mudanças aplicadas a este Programa sirvam de orientação para a formulação do Programa Orçamentário 2016-2017.

Um elemento importante nesse modelo é a proposta de instalação de um “Diálogo Financeiro” (WHO, junho 2013d) entre os Estados-membro e doadores não-estatais, realizado em 2013 em duas etapas, como tentativa de alinhar, de forma conjunta e transparente, os recursos disponíveis para o Programa Orçamentário e assegurar maior previsibilidade na implementação do orçamento. O produto desse Diálogo foi apresentado a Margareth Chan em dezembro de 2013 e levado à consideração da 134ª Sessão do Conselho Executivo em janeiro de 2014 (WHO, 2013g). Deveria também subsidiar a análise geral das receitas da OMS e o plano de financiamento e mobilização de recursos durante a 67ª AMS, realizada de 19 e 24 de maio de 2014, incluindo uma avaliação externa sobre o Diálogo (WHO, 2014a e 2014b).

O desafio atual desse processo de reforma, portanto, seria reorientar a organização no sentido de superar a noção de que a OMS se tornou “irrelevante” (CHOW, 2010), incapaz de determinar suas próprias prioridades, e que opera de forma burocrática, aparentemente desconectada da dinâmica de seu tempo. Algumas concepções debatidas durante esse processo de reforma encontraram respaldo na literatura, como em Sridhar et al. (2011), que avaliaram ser necessário que a OMS conferisse voz efetiva a outros atores além dos Estados-membros, como organizações filantrópicas, ONGs e as próprias PPPs. Isso poderia minimizar ou evitar os conflitos de interesse e orientar a formulação da agenda institucional, atraindo o engajamento desses atores e maiores investimentos, alinhados com os objetivos institucionais. Para esses autores, a organização também deveria fortalecer sua “consciência de custos” (SRIDHAR et al., 2011, p. E1), a partir da gestão mais eficiente de suas finanças e transparência pública em relação à execução orçamentária, assim como no alcance dos resultados pactuados.

Concretamente, durante todo o período analisado neste estudo é possível observar o reconhecimento do Secretariado da OMS de que as contribuições regulares permaneceram estagnadas e não dão conta de financiar as ações prioritárias da organização, mas não há indícios de que a organização tenha tomado qualquer iniciativa mais explícita para mudar essa situação.

Pode-se afirmar que o Mecanismo de Diálogo Financeiro é o elemento mais próximo dessa proposta no processo atual de reforma, mas, ainda assim, não interfere explicitamente na situação de dependência financeira da OMS. Essa dinâmica, entretanto, está apenas começando, o que remete à necessidade de acompanhar esse processo e aprofundar os estudos, especificamente sobre esse mecanismo e seus desdobramentos, pois ainda é cedo para qualquer afirmação mais conclusiva.

Limites do estudo

A não realização de entrevistas com informantes-chave, devido ao tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa, constituiu uma limitante nesta pesquisa, uma vez que, possivelmente, agregaria elementos que enriqueceriam a análise. Entretanto, todo o processo de discussão dessas reformas têm ocorrido nos fóruns e estruturas institucionais, a partir de formulações e debates internos, Sendo assim, a documentação levantada e analisada traz uma contribuição relevante, abrindo espaço para novas investigações sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, empreendemos um processo de análise dos antecedentes que culminaram no atual processo de reforma da OMS, conduzido pela atual Diretora-Geral Margaret Chan, a partir de 2011.

Motivado pelo indicativo de que a organização enfrentava uma situação de subfinanciamento e se mostrava limitada na possibilidade de responder às demandas de seus Estados-membro, em virtude do seu modelo de gestão, financiamento e programação, interessava conhecer as estratégias adotadas até o momento para, potencialmente, reverter esse quadro.

Para tal foi preciso retroceder aos meados da década de 1980, quando as contribuições dos Estados-membro foram congeladas, frente à crise financeira global e a “moratória” norte-americana com relação à parte de sua contribuição regular à OMS. É nesse período que se identifica, pela primeira vez, que os recursos extra-orçamentários, originários não apenas de terceiras fontes, mas substancialmente de países centrais (também membros da OMS), passam a constituir parcela significativa do orçamento da organização, num percurso de crescimento sem precedentes.

A eleição de Gro Brundtland como Diretora Geral da OMS, ao final da década de 1990, criou grande expectativa de mudanças na organização, que reverteriam o “mal-estar institucional” e descrédito que assolou a instituição durante a gestão de seu antecessor (Nakajima). Entretanto, a análise aqui empreendida demonstra que Brundtland iniciou uma série de reformas administrativas internas, particularmente na formulação das Propostas Orçamentárias que, por um lado, têm a pretensão de instituir certa racionalidade e eficiência alocativa mas, por outro, exacerbam a dependência institucional dos “recursos voluntários” ou extra-orçamentários, que limitam, cada vez mais, sua pretendida autonomia. As gestões subsequentes (Lee e Chan) seguem a mesma linha de “reforma” — reestruturação institucional e reordenamento de prioridades programáticas —, que não é suficiente para alterar essa situação histórica.

Embora o discurso oficial da OMS afirmasse que essas reformas teriam como principal objetivo reposicionar a OMS no cenário da saúde global, reconquistando seu papel de liderança setorial, o que se observa é que isso não aconteceu, e a OMS continua a reboque de agendas globais para a saúde formuladas e conduzidas fora dela, ou mesmo, quem sabe, à sua revelia.

É preciso reconhecer que as gestões de Brundtland, Lee e Chan buscaram tornar a OMS uma organização mais eficiente na aplicação dos recursos financeiros, mais transparente e “responsável” (*accountable*), apoiando-se na crença de que essa dinâmica poderia atrair a atenção de parceiros internacionais afinados com sua missão e interessados numa agência capaz de demonstrar sua habilidade no alcance de resultados esperados.

Entretanto, aparentemente, o resultado mais imediato e visível dessas reformas foi a consolidação do lugar subalterno da OMS na arena internacional da saúde.

Em que pese essa constatação, é preciso recordar que, aos longo dos últimos anos, a OMS foi capaz de preservar sua função normativa e de assistência técnica em vários temas de relevância para a saúde global, atividades essas que atraem pouca ou nenhuma atenção dos grandes atores internacionais do setor (Kickbusch, 2013), ou gera grande resistência de grandes empresas transnacionais (produtoras de cigarros e derivados do tabaco, entre outras).

Também é necessário ressaltar que a OMS permanece como a agência de referência quando se trata de surtos, epidemias e calamidades naturais, como se pôde observar no tsunami de 2004, na pandemia de H1N1 (2009) e no mais recente surto de Ebola (2014). Em todos esses casos a organização conseguiu mobilizar forças e recursos, oferecendo apoio técnico e científico para a minimização dos efeitos dessas calamidades, a altos custos, entretanto, embora sem dispor de recursos próprios suficientes para uma ação mais ampla em campo. Por outro lado, essas situações revelam o lado dramático do setor saúde, que continua a não merecer grande prioridade: a fragilidade dos sistemas de saúde nacionais para enfrentar e prevenir essas mazelas, sobretudo em vários países pobres ou em desenvolvimento.

Assim, o que se pode concluir é que o elemento que permeia essas ações é a limitada capacidade de implementação efetiva de programas e ações prioritários, uma vez que a OMS não apenas depende da disposição política dos agentes envolvidos mas, principalmente, de uma quantidade de recursos que a organização não dispõe.

Nesse sentido, faz-se necessário o acompanhamento e estudo mais aprofundado do processo em curso — sobretudo em relação ao mecanismo de Diálogo Financeiro como etapa central nos debates sobre as prioridades e a governança da saúde global — como um possível indicativo da capacidade da OMS de se reposicionar de forma mais soberana, guiada pelos princípios que orientam sua Constituição, voltados para o atendimento das enormes necessidades em saúde das populações no mundo contemporâneo.

Para tanto, é preciso atentar para que o mecanismo Diálogo Financeiro não seja instituído exclusivamente como instrumento de reorientação de recursos para o financiamento das propostas orçamentárias futuras. Mais interessante seria que se explorasse mais detidamente algumas das ideias abandonadas ao longo do atual processo de reforma, como a proposta de Fórum Mundial da Saúde, especialmente no que se refere à formalização de uma plataforma de diálogo entre os vários atores da arena internacional da saúde. O produto desse diálogo, conduzido de forma transparente e ampla, incluindo tanto os atores usuais quanto aqueles que hoje não se habilitam a participar dos

corpos diretivos da OMS, poderia enriquecer amplamente as discussões nessas instâncias e, possivelmente, promover um processo de tomada de decisão setorial mais inclusivo e dinâmico.

Outrossim, a instalação de qualquer mecanismo regular de diálogo entre a OMS e os demais atores globais da saúde poderia, também, ampliar a transparência sobre sua atuação, composição orçamentária, execução de programas e prioridades e, conseqüentemente, atrair mais financiamentos para seu programa de trabalho. Essa abertura poderia facilitar a atuação mais efetiva dos representantes dos diferentes países, além de promover articulações bilaterais entre os países e os demais atores globais que atuam no setor saúde, fortalecendo a militância brasileira (já historicamente importante) e as coalizões favoráveis a mudanças mais decisivas nessa dinâmica.

Espera-se que a reforma da OMS, atualmente em discussão, não reafirme, mais uma vez, a frase do Príncipe Fabrizio Salina, personagem principal do romance de Tomasi de Lampedusa — *Il Gato Pardo* (O Leopardo) —, publicado em 1958 e considerado um clássico da literatura italiana: "*É necessário que tudo mude se desejamos que tudo permaneça como está*".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. M. “As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? Um estudo dos países centrais – EUA, Reino Unido, Alemanha, Suécia, Itália e Espanha”. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, apresentada à ENSP/FIOCRUZ, 03 de Julho de 1995.

_____. “Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica”, *Revista Saúde e Sociedade*, 1996, vol. 5 (2), (pp. 3-57).

_____. *Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: the role of International organizations in formulating agendas and implementing policies. Well-being and Social Policy*. 2006, v.2 (p.123–160).

_____. “Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul em Saúde no Brasil” in “A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde”. Volume 1 / Fundação Oswaldo Cruz. [et al.] – Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Saude_Brasil_2030.pdf>. (Acesso em 15/10/2014).

_____. “O Banco Mundial e as Reformas Contemporâneas do Setor Saúde” in PEREIRA, J.M.M.; PRONKO, M. “A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)”. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz. Rio de Janeiro, setembro de 2014 (pp. 01-48).

ALMEIDA, C.; EBOKO, F.; MOATTI, J-P. “Editorial (English version) Global Health: What are we talking about?”. Outubro de 2013c. Disponível em: <<http://faceaface.revues.org/936>>. (Acesso em 14/05/2014).

ALMEIDA et al. “A concepção brasileira de ‘cooperação Sul-Sul estruturante’ em saúde”, *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 2010, v. 4, n. 1 (pp. 25-35).

ALMEIDA, C., HAINES, AF., PIRES DE CAMPOS, R. *Salud Global: Um nuevo objeto de estudio en salud colectiva? Revista Palimpsestus*, 2007-2008, Vol. 37, No 1 (pp. 45-64).

BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 1994 (pp. 117-133).

BERGER P. *A sociologia como passatempo individual*. In: Peter Berger, *Perspectivas sociológicas*. 10a Edição, Rio de Janeiro: Vozes, 1991 (pp. 09-34).

BIRN, A. E. (2009) “The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history?”. *Global Public Health*, vol. 4, n. 1, Janeiro, 2009.

BRAVEMAN, P., STARFIELD, B. & GEIGER, H. J. (2001) “World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy”, *British Medical Journal*, 323 (pp. 678-680).

BROWN, T.M; CUETO, M; & FEE, E. “A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde”. *Revista de História, Ciências & Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v. 13, n. 3, pp. 623-647, 2006.

BUSS, P.M., PELLEGRINI FILHO, A. “A Saúde e seus Determinantes Sociais”. Rev. de Ciências e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007. Volume. 17. Issue 1(pp. 77-93).

CHOW, JC. “Is the WHO becoming irrelevant?”. *Foreign Policy*, 2010. Disponível em: <http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/12/08/is_the_who_becoming_irrelevant>. (Acesso em 30/08/2014).

CUETO, M; BROWN, T. & FEE. E. “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”. Lima, Centro de Investigación de La Universidad del Pacífico, 2011. 28 pp.

FELDBAUM, H. LEE, K. e MICHAUD, J. (2010). “Global Health and Foreign Policy”. *Epidemiologic Reviews*, v.32. (pp.82-92) .Disponível em: <<http://epirev.oxfordjournals.org/content/32/1/82.full.pdf+html>>. (Acesso em: 14/05/14)

FERREIRA, José Roberto; HOIRISH, Claudia; BUSS, Paulo Marchiori. “*Global Governance for Health*”, *Face a Face*. Outubro de 2013. Disponível em: <<http://faceaface.revues.org/801>>. (Acesso em: 14/05/2014).

FIDLER, D. P. “Health in foreign policy: an analytical overview”. *Canadian Foreign Policy Journal*, v. 5, n. 3, pp. 11-29, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/11926422.2009.9673489>>. (Acesso em 14/05/2014).

FIDLER, DP. “The Challenges of Global Health Governance. Council on Foreign Relations”. Working Paper. Maio de 2010 (31 pp.). Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/eu_world/docs/ev_20111111_rd01_en.pdf>. (Acesso em 14/05/2014).

FOOTE-WHYTE W. “Treinando a observação participante” in BERREMAN, Gerald et al, *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980 (pp. 77-86).

GARAY, J, HARRIS, Laura; WALSH, Julia. “Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term”, in *Face à face* [online]. Dezembro de 2013. Disponível em: <<http://faceaface.revues.org/745>>. (Acesso em 14/05/2014).

GODLEE, Fiona. “WHO in crisis”. *BMJ*. Nov 26, 1994; 309(6966) (pp. 1424–1428). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541365/>>. (Acesso em 08/07/2014)

_____. “The World Health Organisation: Interview with the director general”. *BMJ* 1995; 310:583. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/310/6979/583>>. (Acesso em 03/07/2014).

GOSTIN, L. O., 2012. “A Framework Convention on Global Health : Health for All, Justice for All”. *Georgetown Public Law and Legal Theory Research*, Paper No. 12-066. Georgetown Business, Economics and Regulatory Law Research Paper No. 12-019. *JAMA*, May 16, 2012 – Volume 307, Issue 19 (pp. 2087-2092).

JAMISON, D. & SANDBU, M. (2001) “WHO ranking of Health System performance”, *Science*, 31, vol. 293, n. 5535, pp. 1595-1596.

KICKBUSCH, I. “The 10 Challenges of Global Health Governance”. *Global Health Europe*. Entrevista, 2010. Disponível em: <http://www.globalhealthurope.org/index.php?option=com_content&view=article&id=306:the-10-

[challenges-of-global-health-governance&catid=85:opinion-pieces&Itemid=139](#)>. (Acesso em 14/05/14).

_____. “WHO Reform: A personal perspective”. *Journal of Public Health Policy*. 2013 Aug; 34(3) (pp. 481-485). Disponível em: <<http://www.palgrave-journals.com/jphp/journal/v34/n3/full/jphp201323a.html>>. (Acesso em 29/08/2014).

MCCARTHY, Michael. “What's going on at the World Health Organization?” *The Lancet*. Outubro de 2002. Vol. 360, Issue 9340 (pp.1108-1110). Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11243-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11243-8/fulltext)> . (Acesso em 08/07/2014).

MATTA, G. “A medida política da vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais”. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2005.

MELO, M. A& COSTA, N. R. “Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde”, Planejamento e Políticas Públicas, 11 (pp. 50108, 1994).

NAVARRO, V. (2000) “Assessment of the World Health Report 2000”, *The Lancet*, 356 (pp. 1598-1601).

PEREIRA, J.M.M. “O Banco Mundial e a construção político-intelectual do combate à pobreza”. *Topoi*, v.11, n.21, jul-dez, 2010(pp.260-282). Disponível em: <http://www.revistatopoi.org/numeros_anteriores/topoi21/Topoi21_14Artigo14.pdf>. (Acesso em 14/05/2014)

RAVISHANKAR, N.; GUBBINS, P.; COOLEY, R. J.; LEACH-KEMON, K.; MICHAUD, C. M.; JAMISON, D. & MURRAY, C. “Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007”. *The Lancet*, v. 373. Junho de 20, 2009 (pp. 2113-2124).

REID, Michael A., PEARSE, E Jim. “Whither the World Health Organization?”. *Med J*. Agosto de 2003; 178 (1) (pp. 09-12). Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2003/178/1/whither-world-health-organization>>. (Acesso em 03/07/2014)

RICHTER, J. “WHO Reform and Public Interests Safeguards: an Historical Perspective”. *Social Medicine*, Vol 6 No 3 (2012) (pp. 141-150). Disponível em: <<http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/637/1198>>. (Acesso em 29/08/2014).

ROBBINS, Anthony. “Brundtland's World Health Organization: A Test Case for United Nations Reform”. *Public Health Rep*. Janeiro-Fevereiro, 1999; 114(1) (pp. 30–39). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308341/>>. (Acesso em 21/08/2014)

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. “Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas”. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, ano. I, n.I, jul. 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa_documental.pdf>. (Acesso em 07/07/2014)

SMITH, R. “The WHO: change or die”. *BMJ*. Março de 1995; 310(6979) (pp. 543–544). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548932/>>. (Acesso em 08/07/2014)

SRIDHAR, D.; GOSTIN, L.O. “Reforming the world health organization”. *JAMA*. Março de 2011. Washington DC: Georgetown Law. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1799432>. (Acesso em 27/08/2014).

UGÁ, A.D.; ALMEIDA, C.M.; SZWARCOWALD, C.L.; TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R.; BUSS, P.M.; PORTO, S.. “Considerations on Methodology used in the World Health Organization 2000 Report”, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17 (pp. 705-712).

VALENTE, RC. “A GTZ no Brasil: uma etnografia da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento”. Rio de Janeiro: LACED–Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento/Museu Nacional–UFRJ / e–Papers, Coleção 5, *Antropologias*. 2010, (230 pp).

VICTORA, Ceres G. KNAUTH, DR. HASSEN, MNA. “Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema”. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000 (pp. 128-130).

VIEGAS, L. L.. 128º Conselho Executivo da OMS e Sessão Especial sobre o Futuro do Financiamento da OMS. Relatório de viagem. Brasília, janeiro de 2010. (Mimeo). (Arquivo do Ministério da Saúde).

____. 130º Conselho Executivo da OMS. Relatório de viagem. Brasília, janeiro de 2011. (Mimeo) (Arquivo do Ministério da Saúde).

____. Reunião especial do PBAC sobre critérios e categorias para a formulação de prioridades da OMS. Relatório de viagem. Brasília, fevereiro de 2012. (Mimeo) (Arquivo do Ministério da Saúde).

YIN RK. “(Capítulo 1) Introdução. In: Robert Yin, *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (2ª edição)”. Porto Alegre: Bookman, 2003 (pp. 19-37).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. “Dr. Gro Brundtland, Director-General Elect, the World Health Organization. Speech to the Fifty-First World Health Assembly”. Genebra, maio de 1998. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA51/eactiv6.pdf>. (Acesso em 03/07/2014)

____. “Year of Change. Statement by the Director-General to the Fifty-second World Health Assembly”. Genebra, maio de 1999a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew3.pdf>. (Acesso em 15/07/2014).

____. Proposed programme budget for 2000-2001. Implementation of resolution EB103.R6. Documento de trabalho. Genebra, maio de 1999b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ewid2.pdf>. (Acesso em 15/07/2014).

____. The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance. Documento de trabalho. Genebra, maio de 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf>. (Acesso em 04/10/2014)

____. Policy and Budget for One WHO. Documento de Trabalho. Genebra, janeiro de 2001a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/PPB2002/anglais/part1.pdf>. (Acesso em 16/07/2014).

____. Policy and Budget for One WHO. Annex. Documento de Trabalho. Genebra, janeiro de 2001b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/PPB2002/anglais/annex.pdf>. (Acesso em 18/07/2014)

_____. Address by Dr. Gro Brundtland, Director-General, to the Fifty-Fourth World Health Assembly. Discurso, A54/3. Genebra, maio de 2001c. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea543.pdf>. (Acesso em 21/07/2014).

_____. Proposed programme budget for 2002-2003. Cost increases and exchange rates. Report by the Secretariat. Documento de trabalho. Genebra, abril de 2001d. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea545.pdf>. (Acesso em 21/07/2014).

_____. Policy and Budget for One WHO. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2003a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/PPB2003/an_ppb2.pdf>. (Acesso em 21/07/2014)

_____. Policy and Budget for One WHO. Annex. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2003b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/PPB2003/an_ppb4.pdf>. (Acesso em 21/07/2014)

_____. Address by Dr. Gro Harlem Brundtland, Director-General, to the Fifty-Sixth World Health Assembly. Discurso. Genebra, maio de 2003c. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea563.pdf>. (Acesso em 21/07/2014)

_____. Dr. J.W. Lee, Director-General Elect, The World Health Organization. Speech to the Fifty-Sixth World Health Assembly. Discurso. Genebra, maio de 2003d. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56d9.pdf>. (Acesso em 21/07/2014).

_____. “Report of the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment” in Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Genebra, 2003e. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>>. (Acesso em 15/10/2014).

_____. Financial report and Audited Financial Statements for the period 1 January 2002 – 31 December 2003 (Certified 30 March 2004). Annex. Extrabudgetary Resources for Programme Activities. Documento de trabalho. Genebra, abril de 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA57/A57_20Add1-en.pdf>. (Acesso em 24/07/2014).

_____. Proposed Programme Budget 2006-2007. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2005a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/PB2006/P1-en.pdf>. (Acesso em 24/07/2014).

_____. Proposed Programme Budget 2006-2007. Statistical annexes. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2005b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/PB2006/P3-en.pdf>. (Acesso em: 24/07/2014).

_____. Proposed Programme Budget 2006-2007. Corrigendum. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2005c. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/PPB2006/PB06_07_Corrigendum-en.pdf>. (Acesso em: 24/07/2014).

_____. Address by the Director-General to the Fifty-eighth World Health Assembly. Discurso. Genebra, maio de 2005d. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_3-en.pdf>. (Acesso em 24/07/2014).

____. Unaudited Interim Financial Report for the Year 2004: Financial Period 1 January 2004 – 31 December 2005. Extrabudgetary Resources for Programme Activities. Annex. Documento de trabalho. Genebra, março de 2005e. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_26Add1-en.pdf>. (Acesso em: 24/07/2014).

____. Address the Director-General to the Fifty-ninth World Health Assembly. Discurso. Genebra, maio de 2006a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_3-en.pdf>. (Acesso em: 24/07/2014).

____. Eleventh General Programme of Work, 2006-2015. Documento de trabalho. Genebra, abril de 2006b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_25-en.pdf>. (Acesso em: 24/07/2014).

____. Dr Margaret Chan, Director-General Elect, Speech to the First Special Session of the World Health Assembly. Discurso. Genebra, novembro de 2006c. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHASSA1/ssa1_div6-en.pdf>. (Acesso em 24/07/2014).

____. WHO Constitution. Genebra, outubro de 2006d. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. (Acesso em 21/08/2014)

____. Medium-Term Strategic Plan 2008-2013. Documento de trabalho. Genebra, março de 2008a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_2en.pdf>. (Acesso em 01/08/2014).

____. Programme Budget 2008-2009. Documento de trabalho. Genebra, março de 2008b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4en.pdf>. (Acesso em 01/08/2014).

____. Propose Programme Budget 2010-2011. Documento de trabalho. Genebra, abril de 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP2009/PPB2-en.pdf>. (Acesso em: 01/08/2014).

____. “The future of financing for WHO”. Genebra, janeiro de 2010a. Disponível em: <http://www.who.int/entity/dg/future_financing/en/index.html>. (Acesso em 14/05/2014).

____. “The future of financing for WHO. Report by the Director General”. Documento de trabalho. Genebra, dezembro de 2010b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_21-en.pdf>. (Acesso em 19/08/14).

____. “The future of financing for WHO. World Health Organization: reforms for a healthy future”. Report by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, maio de 2011a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_4-en.pdf>. (Acesso em 19/08/14)

____. “The future of financing for WHO. World Health Organization: reforms for a healthy future. Report by the Director-General. Reforms for a healthy future: development plan”. Documento de trabalho. Genebra, maio de 2011b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_ID5-en.pdf>. (Acesso em 19/08/14).

____. WHO Reform. Resolução WHA64.2. Genebra, maio de 2011c. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R2-en.pdf?ua=1>. (Acesso em 19/08/2014).

- ____. WHO Reform: Mission Consultation (1 July 2011). Summary of discussions. Documento de trabalho. Genebra, julho de 2011d. Disponível em: http://www.who.int/dg/reform/en_mission_consultation20110915.pdf. (Acesso em 19/08/14).
- ____. WHO Reform: Mission Consultation (15 September 2011). Summary of discussions. Documento de trabalho. Genebra, setembro de 2011e. Disponível em: http://www.who.int/dg/reform/en_mission_briefing_20110701.pdf. (Acesso em 19/08/14).
- ____. “Governance of WHO”. Concept Paper. Documento de trabalho. Genebra, junho de 2011f. Disponível em: http://www.who.int/dg/reform/en_who_reform_governance.pdf. (Acesso em 19/08/14).
- ____. World Health Forum. Concept paper. Documento de trabalho. Genebra, junho de 2011g. Disponível em: http://www.who.int/dg/reform/en_who_reform_world_health_forum.pdf. (Acesso em 19/08/14).
- ____. WHO reforms for a healthy future Report by the Director-General. Documento de trabalho, Genebra, outubro de 2011h. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_2-en.pdf>. (Acesso em 08/09/2014).
- ____. “Financing of the World Health Organization”. Documento de trabalho. Genebra, outubro de 2011i. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_ID2-en.pdf>. (Acesso em 08/09/2014).
- ____. Opening address to the Executive Board by Dr Margaret Chan, Director-General. Discurso. Genebra, novembro de 2011j. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_ID9-en.pdf>. (Acesso em 08/09/2014).
- ____. Programmatic priorities: Introductory remarks by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, novembro de 2011k. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_ID10-en.pdf>. (Acesso em 08/09/2014).
- ____. Governance: Introductory remarks by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, novembro de 2011l. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_ID11-en.pdf>. (Acesso em 08/09/2014).
- ____. Managerial reform: Introductory remarks by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, novembro de 2011m. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_ID12-en.pdf>. (Acesso em 08/09/2014).
- ____. Decisions. Documento de trabalho. Genebra, novembro de 2011n. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_DIV2-en.pdf>. (Acesso em 08/09/2014).
- ____. Medium-term strategic plan 2008–2013 and Proposed programme budget 2012–2013. PROPOSED PROGRAMME BUDGET 2012–2013. Documento de trabalho. Genebra, abril de 2011o. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-en.pdf>. (Acesso em: 28/07/2014).
- ____. Compiled list of decisions and resolutions from EB130 (reform decision is (EB130(6)). Relatório. Genebra, janeiro de 2012a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_DIV3-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 19/08/2014).

____. WHO reform. Programmes and priority setting. Report by the Secretariat. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2012b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add1-en.pdf>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. WHO reform .Governance: Promoting engagement with other stakeholders and involvement with and oversight of partnerships. Report by the Secretariat. Genebra, janeiro de 2012c. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add4-en.pdf>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. WHO reform. Managerial reform: making WHO's financing more predictable. Report by the Secretariat. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2012d. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add5-en.pdf>. (Acesso em 08/09/2014).

____. WHO reform: programmes and priority setting. Programmes and priority setting in WHO. Documento de trabalho. Genebra, fevereiro de 2012e. Disponível em: <http://www.who.int/dg/reform/consultation/WHO_Reform_1_en.pdf?ua=1>. (Acesso em 08/09/2014).

____. WHO reform: programmes and priority setting. Mapping the functions of WHO. Documento de trabalho. Genebra, fevereiro de 2012f. Disponível em: <http://www.who.int/dg/reform/consultation/WHO_Reform_2_en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. WHO reform. Consolidated report by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, abril de 2012g. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_5-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. WHO reform. Draft Twelfth General Programme of Work and explanatory notes. Documento de trabalho. Genebra, abril de 2012h. Disponível em: <http://www.who.int/dg/reform/who_reform_draft_12_gpw_en.pdf?ua=1>. (Acesso em 08/09/2014).

____. Report of the Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board at its second extraordinary meeting. Relatório. Genebra, dezembro de 2012i. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/pbac/pdf_files/Extraordinary/B132_3-en.pdf>. (Acesso em: 19/08/2014)

____. WHO reform. Report by the Secretariat. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2013a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. WHO's arrangements for hosting health partnerships and proposals for harmonizing WHO's work with hosted partnerships. Report by the Secretariat. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2013b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5Add1-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. Key issues for the development of a policy on engagement with nongovernmental organizations. Report by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2013c. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5Add2-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. WHO's role in global health governance. Report by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2013d. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5Add5-en.pdf?ua=1>. (Disponível em: 08/09/2014).

____. Implementation of WHO reform, 2012.

Report by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2013e. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5Add8-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. WHO reform. Financing of WHO. Documento de trabalho. Genebra, maio de 2013f. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_48-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. Draft Twelfth WHO General Programme of Work. Draft for discussion by the Executive Board in January 2013g. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2013f. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_26-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. Proposed programme budget 2014–2015. Report by the Secretariat. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2013h. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_27-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

____. WHO reform. High-level implementation plan and report. Report by the Director-General. Documento de trabalho. Genebra, maio de 2013i. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_4-en.pdf?ua=1>. (Acesso em 19/08/2014).

____. Key principles of the financing dialogue. Documento de trabalho. Genebra, junho de 2013j. Disponível em: <http://www.who.int/entity/mediacentre/events/2013/key_principles_WHO_financing_dialogue.pdf>. (Acesso em 14/05/2014).

____. WHO's budget. Apresentação. Genebra, junho de 2013k. Disponível em: <http://www.who.int/entity/mediacentre/events/meetings/2013/who_financing_dialogue_budget.pdf>. (Acesso em 14/05/2014).

____. Investing in the World's Health Organization. Apresentação. Genebra, junho de 2013l. Disponível em: <http://www.who.int/entity/mediacentre/events/meetings/2013/who_financing_dialogue_investing.pdf>. (Acesso em 14/05/2014).

____. Financing dialogue. Documento de trabalho. Genebra, dezembro de 2013m. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_9-en.pdf>. (Acesso em 14/05/2014).

____. Financing Dialogue. Report by the Secretariat. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2014a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_9-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014)

____. Framework of engagement with non-State actors. Report by the Secretariat. Documento de trabalho. Genebra, janeiro de 2014b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_8-en.pdf?ua=1>. (Acesso em: 08/09/2014).

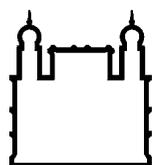
ANEXO I

QUADRO 4 – LISTA DE DOCUMENTOS DA OMS ANALISADOS

Ano	Documento	Conteúdo
1998	1. WHO, 1998	1. Discurso de posse de Gro Brundtland ao cargo de Diretora-Geral, proferido à 51ª AMS
1999	2. WHO, 1999a 3. WHO, 1999b	2. Discurso de Gro Brundtland à 52ª AMS 3. Proposta de orçamento da OMS para o biênio 2000-2001
2001	4. WHO, 2001a 5. WHO, 2001b 6. WHO, 2001c 7. WHO, 2001d	4. Proposta de orçamento da OMS para o biênio 2002-2003 5. Anexo à proposta orçamentária contendo descrição da distribuição de receitas pelos <i>clusters</i> , na sede e nos Escritórios regionais 6. Discurso de Gro Brundtland à 54ª AMS 7. Documento de atualização de custos e taxas de câmbio a serem aplicadas à proposta de orçamento 2002-2003
2003	8. WHO, 2003a 9. WHO, 2003b 10. WHO, 2003c 11. WHO, 2003d 12. WHO, 2003e	8. Proposta de orçamento da OMS para o biênio 2004-2005 9. Anexo à proposta orçamentária contendo descrição da distribuição de receitas pelos <i>clusters</i> , na sede e nos Escritórios regionais 10. Discurso de Gro Brundtland à 56ª AMS 11. Discurso de posse de J.W. Lee como Diretor-Geral da OMS, proferido à 56ª AMS 12. Relatório do Grupo de Especialistas Científicos sobre Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
2004	13. WHO, 2004	13. Relatório financeiro do Secretariado sobre a aplicação de recursos extra-orçamentários aos programas sediados pela OMS no biênio 2002-2003
2005	14. WHO, 2005a 15. WHO, 2005b 16. WHO, 2005c 17. WHO, 2005d 18. WHO, 2005e	14. Proposta de orçamento da OMS para o biênio 2006-2007 15. Anexo à proposta orçamentária contendo descrição da distribuição de receitas pelos <i>clusters</i> , na sede e nos Escritórios regionais 16. <i>Errata</i> à proposta de orçamento 2006-2007, contendo atualização de valores pelos <i>clusters</i> , na sede e nos Escritórios regionais 17. Discurso de J.W. Lee à 58ª AMS 18. Relatório financeiro do Secretariado sobre a aplicação de recursos extra-orçamentários aos programas sediados pela OMS no biênio 2004-2005
2006	19. WHO, 2006a 20. WHO, 2006b 21. WHO, 2006c	19. Discurso de J.W. Lee à 59ª AMS 20. Proposta de 11º Programa-Geral de Trabalho da OMS para o período 2006-2015 21. Discurso de posse de Margaret Chan ao cargo de Diretora-Geral, à Primeira Sessão Especial da AMS

2008	22. WHO, 2008a 23. WHO, 2008b	22. Proposta de Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013 23. Proposta de orçamento da OMS para o biênio 2008-2009
2009	24. WHO, 2009	24. Proposta de orçamento da OMS para o biênio 2010-2011
2010	25. WHO, 2010 26. WHO, 2010b	25. Documento de debate sobre a crise de financiamento da OMS, apresentado à consulta informal de janeiro de 2010 26. Consolidado de comentários ao documento de janeiro de 2010
2011	27. WHO, 2011a 28. WHO, 2011b 29. WHO, 2011c 30. WHO, 2011d 31. WHO, 2011e 32. WHO, 2011f 33. WHO, 2011g 34. WHO, 2011h 35. WHO, 2011i 36. WHO, 2011j 37. WHO, 2011k 38. WHO, 2011l 39. WHO, 2011m 40. WHO, 2011n 41. WHO, 2011o	27. Propostas de reformas à OMS 28. Plano de desenvolvimento da reforma da OMS 29. Resolução da 64ª AMS sobre a condução da reforma 30. Consolidado sobre consulta de julho de 2011 com as Missões baseadas em Genebra 31. Consolidado sobre consulta de setembro de 2011 com as Missões baseadas em Genebra 32. Documento para o 129º EB, sobre governança da OMS 33. Proposta de criação do Fórum Global de Saúde 34. Documento sobre o futuro da OMS 35. Documento sobre financiamento da OMS, preparado para a sessão especial do EB sobre a reforma 36. Discurso da Margaret Chan à sessão especial do EB sobre a reforma da OMS 37. Documento sobre a formulação de prioridades pela OMS 38. Documento sobre processo de governança da OMS 39. Documento sobre a reforma administrativa 40. Coletânea de decisões da sessão especial do EB sobre a reforma da OMS 41. Proposta de orçamento para o biênio 2012-2013
2012	42. WHO, 2012a 43. WHO, 2012b 44. WHO, 2012c 45. WHO, 2012d 46. WHO, 2012e 47. WHO, 2012f 48. WHO, 2012g 49. WHO, 2012h 50. WHO, 2012i	42. Coletânea de decisões do 130º EB 43. Documento sobre o mecanismo para o estabelecimento de prioridades na OMS 44. Documento sobre o envolvimento com outros atores e iniciativas 45. Documento sobre o mecanismo de três fases para ampliar a previsibilidade e transparência no financiamento da OMS 46. Resumo do processo de preparação de prioridades e formulação de Programas-Gerais de Trabalho 47. Mapeamento das funções da OMS 48. Consolidado sobre o processo de reforma da OMS 49. Proposta de 12º Programa-Geral de Trabalho 2014-2019 50. Relatório sobre a sessão especial do PBAC
2013	51. WHO, 2013a 52. WHO, 2013b 53. WHO, 2013c 54. WHO, 2013d 55. WHO, 2013e 56. WHO, 2013f 57. WHO, 2013g	51. Relatório do Secretariado sobre o processo de reforma 52. Documento sobre os arranjos para a acomodação de parcerias e a harmonização de regras para parcerias 53. Questões-chave para o relacionamento da OMS com ONGs 54. Documento sobre o papel da OMS na governança global da saúde 55. Relatório de implementação da reforma da OMS 56. Documento sobre o financiamento da OMS 57. 12º Programa-Geral de Trabalho 2014-2019

	<p>58. WHO, 2013h 59. WHO, 2013i 60. WHO, 2013j 61. WHO, 2013k 62. WHO, 2013l 63. WHO, 2013m</p>	<p>58. Orçamento da OMS para o biênio 2014-2015 59. Relatório sobre avanços do processo de reforma 60. Princípios do Diálogo Financeiro 61. Apresentação sobre orçamento da OMS 62. Mecanismos de investimento na OMS 63. Funcionamento do Diálogo Financeiro</p>
2014	<p>64. WHO, 2014a 65. WHO, 2014b</p>	<p>64. Relatório do Secretariado sobre o Diálogo Financeiro 65. Proposta para o relacionamento da OMS com atores não-estatais</p>



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

ANEXO II

QUADRO 5 – SÍNTESE DA PROPOSTAS DE MUDANÇA DA OMS, DIFERENTES GESTÕES

QUADRO 5a -PROPOSTAS DE MUDANÇA E REFORMA DA OMS: Discursos Diretor(a)-Geral (1998-2003)					
Gro Brundtland (1998-2003)					
AMS / Proposta orçamentária (Síntese)	AMS / Programa Geral de trabalho (Síntese)	Mudanças ou Continuidades			
		Proposta Orçamentária		Plano de Trabalho	
		Mudanças	Continuidades	Mudanças	Continuidades
<p>52ª AMS / Proposta Orçamentária 2000-2001 (WHO, 1999b)</p> <p>1. Volume de recursos regulares: US\$ 842,654 milhões;</p> <p>2. Maior distribuição de recursos regulares para a Região Africana (AFRO)</p> <p>3. Volume de recursos extra-orçamentários: US\$ 1.097 milhões;</p> <p>4. Valor total dos <i>Clusters</i> temáticos (Doenças Transmissíveis; Doenças Não-Transmissíveis; Sistemas de Saúde e Saúde Comunitária; Evidências e Informações para Políticas; Tecnologias para a Saúde e Produtos Farmacêuticos, Mudança Social e Saúde Mental): US\$ 289,795 milhões</p> <p>5. Valor total do <i>Cluster</i> administrativo</p>	<p>1. Não apresentou um “plano de trabalho formal” (não há documento oficial)</p> <p>2. Indicou no discurso de posse a adoção de um projeto de reforma organizacional e administrativa da OM,S elaborado por um grupo de especialistas independentes.</p>	<p>1. Volume de recursos a) Aumento de 33% nos recursos extra-orçamentários (57% do total orçado) b) Ampliação de US\$ 9,953 milhões nos RR destinados aos escritórios nacionais</p> <p>2. Clusters temáticos: a) Aumento de US\$ 20,634 nos recursos regulares b) Distribuição dos REO: S/I</p> <p>3. Cluster administrativo: a) Redução de US\$ 29,406 nos recursos regulares b) Distribuição dos REO no cluster administrativo:</p>	<p>1. Volume de recursos a) Manutenção do valor total do orçamento regular (US\$ 842,654 milhões)</p> <p>2. Clusters a) Manutenção dos temas técnicos e administrativos</p> <p>3. Escritórios regionais a) AFRO manteve-prioritária (31,37% do total) b) Manutenção do percentual de recursos regulares distribuídos nas demais regiões, com poucas diferenças</p>	<p>a) Reestruturação institucional em 9 Clusters temáticos e 1 Cluster administrativo, além das 35 áreas de trabalho. b) Distinção entre <i>core functions</i> e <i>supportive functions</i>. c) Gestão voltada para resultados d) Proposta de diálogo com outros setores nos países e com outras agências do sistema multilateral (intersetorialidade)</p>	<p>a) Manutenção das doenças transmissíveis como prioridade.</p>

<p>(Relações Externas e Órgãos Diretivos; Diretor-Geral, Diretores Regionais e Funções Independentes): US\$ 222.257</p> <p>6. Valor total de recursos regulares destinados aos programas nacionais: US\$ 331,783 milhões</p>		S/I			
<p>54ª AMS / Proposta Orçamentária 2002-2003 (WHO, 2001a)</p> <p>1. Volume de RR: US\$ 842,654 milhões; 2. Maior distribuição de recursos regulares para a Região Africana (AFRO) 3. Volume de REO: US\$ 1,380 bilhão 4. Valor total dos Clusters temáticos (Doenças Transmissíveis; Doenças Não-Transmissíveis e Saúde Mental; Saúde da Família e Saúde Comunitária; Evidências e Informações para Políticas; Tecnologias para a Saúde e Produtos Farmacêuticos): US\$ 300,916 milhões 5. Valor total do Cluster administrativo (Relações Externas e Órgãos Diretivos; Diretor-Geral, Diretores Regionais e Funções Independentes): US\$ 205,733 6. Valor total de recursos regulares destinados aos programas nacionais: US\$ 336,005 milhões 7. Apresentação pela primeira vez lista de indicadores para o monitoramento dos resultados esperados em função do</p>	<p>54ª AMS / Plano-Geral de Trabalho 2002-2005 (WHO, 2001a)</p> <p>1. Aprovação formal de um Plano-Geral de Trabalho (2002-2005). 2. Afirmção da necessidade de parcerias para fortalecer a atuação da OMS no cenário internacional, foco nas vantagens comparativas com relação a outros atores 3. Quatro focos principais (i) fatores sociais, econômicos, políticos e sociais que afetam a saúde; (ii) maior complexidade dos sistemas de saúde, com número maior de atores; (iii) salvaguarda à saúde como componente da ação humanitária; (iv) necessidade de maior coordenação entre agências de desenvolvimento 4. Quatro ações estratégicas para reorientar o trabalho técnico: (i) reduzir excesso de morbimortalidade e incapacidade (principalmente entre os mais pobres e vulneráveis); (ii)</p>	<p>Proposta Orçamentária 2002-2003 (WHO, 2001a)</p> <p>1. Volume de recursos a) Manutenção do valor total do orçamento regular (US\$ 842,654 milhões b) Aumento de 20,5% no volume de REO (62% do total) c) Ampliação de US\$ 4,222 milhões nos RR para os escritórios nacionais 2. Clusters temáticos: a) Aumento de US\$ 11,121 de RR. b) Incremento de US\$ 35,055 milhões nos RR para Evidência e informações para políticas. 3. Cluster administrativo a) Redução de US\$ 16,524 no total de RR 4. Escritórios regionais</p>	<p>Proposta Orçamentária 2002-2003 (WHO, 2001a)</p> <p>1. Volume de recursos: a) Atualização de valores de RR de acordo com taxa de câmbio e inflação. 2. Clusters temáticos: a) Distribuição do REO nos <i>clusters</i> temáticos no biênio. b) Supressão do tema Mudança Social e Saúde Mental e alteração dos nomes dos <i>Clusters</i> de Doenças Não-Transmissíveis e do de Sistemas de Saúde e Saúde Comunitária c) Destaque para áreas prioritárias em que a OMS conferiria maior ênfase</p>	<p>54ª AMS / Plano-Geral de Trabalho 2002-2005 (WHO, 2001a)</p> <p>a) Primeiro PGT apresentado e aprovado formalmente pela MAS. b) Legítima a estratégia da importância das parcerias. c) Define focos de atuação, áreas de trabalho estratégicas e funções centrais da OMS. c) Refina as áreas prioritárias a partir dos <i>clusters</i> temáticos.</p>	

<p>uso dos recursos</p> <p>8. Apresentação dos recursos regulares e extra-orçamentários para cinco enfermidades transmissíveis prioritárias: HIV/AIDS (US\$ 146 milhões); hanseníase (US\$ 19 milhões); malária (US\$ 194 milhões); poliomielite (US\$ 197 milhões); e tuberculose (US\$ 141 milhões);</p> <p>9. Apresentação de critério de correção dos valores em função da variação da taxa de câmbio e pela inflação</p> <p>10. Alinhamento entre os todos os níveis organizacionais, foco nas prioridades gerais e ênfase nas preocupações específicas de cada região.</p> <p>11. Destaque para áreas prioritárias: malária, tuberculose e HIV/AIDS; câncer, doenças cardíaco-vasculares e diabetes; tabaco; saúde materna; segurança alimentar; saúde mental; segurança do sangue; sistemas de saúde; e investimentos na reforma da OMS.</p>	<p>promover estilos de vida saudáveis e reduzir fatores de risco; (iii) desenvolver sistemas de saúde mais robustos e eficazes; (iv) estabelecer política e ambiente institucional para o setor saúde</p> <p>5. Seis funções centrais: (i) articular posições de política e <i>advocacy</i> consistentes, éticas e baseadas em evidências; (ii) gerir informações pela análise de tendências e desempenho comparados, fundamentada na pesquisa e desenvolvimento; (iii) promover “mudança catalisadora” pelo apoio técnico e político que estimulasse a cooperação e auxiliasse a criação de capacidades nacionais e inter-países. sustentáveis; (iv) negociar e sustentar parcerias nacionais e globais; (v) estabelecer, validar, monitorar e buscar a implementação adequada de normas e standards; e (vi) estimular o desenvolvimento e o teste de novas tecnologias, ferramentas e diretrizes para o controle de doenças, redução de riscos, gestão da atenção a saúde e oferta de serviços;</p> <p>6. Definição de grandes áreas prioritárias: refinamento dos <i>clusters</i> temáticos: malária, tuberculose e HIV/AIDS; câncer, doenças cardíaco-vasculares e diabetes; tabaco; saúde materna; segurança de alimentos; saúde mental; segurança do sangue; sistemas de saúde; e investimentos para a reforma da OMS</p>	<p>a) Manutenção da AFRO como prioritária entre os dois biênios (33,08% do total de recursos regulares destinados aos escritórios regionais)</p> <p>b) Manutenção do percentual de recursos regulares RR distribuídos nas demais regiões, pequenas diferenças.</p>	<p>2. Cluster administrativo:</p> <p>a) Distribuição do REO nos <i>clusters</i> temáticos no biênio</p> <p>3. Transparência e accountability:</p> <p>a) Debate de objetivos, perspectivas e alocação de recursos, para assegurar a interdependência entre os diferentes níveis de gestão da OMS e a maior transparência para os Estados-membro;</p> <p>b) Monitoramento regular, maior transparência e <i>accountability</i> com revisão de relatórios financeiros;</p>		
---	--	--	---	--	--

QUADRO 5b -PROPOSTAS DE MUDANÇA E REFORMA DA OMS: Discursos Diretor(a)-Geral (2003—2006)

J. W. Lee (2003-2006)

AMS / Proposta orçamentária (Síntese)	AMS / Programa Geral de trabalho (Síntese)	Mudanças ou Continuidades			
		Proposta Orçamentária		Plano de Trabalho	
		Mudanças	Continuidades	Mudanças	Continuidades
<p>56ª AMS / Proposta orçamentária 2004-2005 (WHO, 2003a)</p> <p>1. Volume de RR: US\$ 901,475 milhões</p> <p>2. Maior distribuição de RR para a Região Africana (AFRO)</p> <p>3. Utilização do critério de correção dos valores (variação da taxa de câmbio e inflação)</p> <p>4. Volume de RR: US\$ 1,898 bilhão</p> <p>5. Valor total dos Clusters temáticos (Doenças Transmissíveis; Doenças Não-Transmissíveis e Saúde Mental; Saúde da Família e Saúde Comunitária; Evidências e Informações para Políticas; Tecnologias para a Saúde e Produtos Farmacêuticos): US\$ 542,284 milhões</p> <p>6. Valor total do Cluster administrativo (Relações Externas e Órgãos Diretivos; Diretor-Geral, Diretores Regionais e Funções Independentes): US\$ 212,889 milhões</p> <p>7. Valor total de RR p/ programas nacionais: US\$ 348,472 milhões</p> <p>8. Apresentação de lista de indicadores - monitoramento de resultados esperados relacionados aos ODMs</p>	<p>Mantém-se o Plano de Trabalho 2002-2005</p>	<p>56ª AMS / Proposta orçamentária 2004-2005 (WHO, 2003a)</p> <p>1. Volume de recursos</p> <p>a) Aumento de 27,3% nos REO (67,8% do total)</p> <p>b) Atualização de valores taxa de câmbio e a inflação)</p> <p>c) Ampliação de US\$ 12,737 milhões nos RR para os escritórios nacionais</p> <p>2. Clusters temáticos:</p> <p>a) Aumento de US\$ 241,368 RR</p> <p>b) Incremento de US\$ 87,793 milhões nos RR para Evidência e informações para políticas</p> <p>c) Distribuição dos REO nos <i>clusters</i> temáticos</p> <p>d) Destaque para áreas prioritárias</p> <p>3. Cluster administrativo</p> <p>a) Distribuição de REO nos <i>clusters</i> temáticos</p> <p>4. Escritórios regionais</p> <p>a) Manutenção da AFRO como prioritária (33,87% do total de RR destinados aos escritórios regionais)</p> <p>b) Manutenção no percentual de RR distribuídos nas demais regiões</p> <p>3. Transparência e accountability</p> <p>a) Elaborada de objetivos, perspectivas e alocação de recursos: assegurar interdependência entre os níveis de gestão e maior transparência.</p>	<p>56ª AMS / Proposta orçamentária 2004-2005 (WHO, 2003a)</p> <p>1. Clusters temáticos</p> <p>a) Inclusão de indicadores relacionados aos ODMs</p> <p>b) Inclusão de áreas de saúde e ambiente como nova prioridade;</p>	<p>Mantém-se o Plano de Trabalho 2002-2005</p>	

<p>9. Apresentação de critério de correção dos valores (variação da taxa de câmbio e inflação)</p> <p>10. Alinhamento entre níveis organizacionais, foco nas prioridades gerais e ênfase nas necessidades de cada região</p> <p>11. Destaque para áreas prioritárias: malária, tuberculose e HIV/AIDS; câncer, doenças cardíovasculares e diabetes; tabaco; saúde materna; saúde e ambiente (incluída nesta proposta orçamentária); segurança alimentar; saúde mental; segurança do sangue; sistemas de saúde; e investimentos na reforma da OMS.</p>		<p>b) Monitoramento regular, maior transparência e <i>accountability</i>, possibilidade de revisão de relatórios financeiros</p>			
<p>58ª AMS / Proposta orçamentária 2006-2007 (WHO, 2005a)</p> <p>1. Volume de RR: US\$ 915,315 milhões</p> <p>2. Maior distribuição de RR para a Região Africana (AFRO)</p> <p>3. Utilização do critério de correção dos valores (variação da taxa de câmbio e inflação)</p> <p>4. Volume de REO: US\$ 2,398.126 bilhões</p> <p>5. Nova apresentação das áreas de trabalho sob quatro grupos de atividades interdependentes: Intervenções Essenciais em Saúde (US\$ 1,756.123 bilhão); Sistemas, Políticas e Produtos de saúde (US\$ 430,747 milhões); Determinantes da Saúde (US\$ 364,478 milhões); e Apoio Efetivo aos Estados Membros (US\$ 695,822 milhões)</p>	<p>59ª AMS / 11º Programa-Geral de Trabalho 2006-2015 (WHO, 2006b)</p> <p>a) Monitoramento do impacto dos DSS e necessidade de preparação e capacidade de resposta para desastres naturais e surtos de doenças;</p> <p>b) Reiteração da importância das novas parcerias para a saúde e da complexificação da arquitetura global da saúde, necessidade de fortalecimento do papel proativo da OMS;</p> <p>c) Preocupação com a duplicação de esforços, aumento de custos operacionais, pouca <i>accountability</i> e falta de alinhamento entre prioridades e sistemas de saúde;</p> <p>d) Legitimação do papel-chave da saúde na segurança humana e nos</p>	<p>58ª AMS / Proposta orçamentária 2006-2007 (WHO, 2005a)</p> <p>1. Volume de recursos</p> <p>a) Aumento de 23,4% nos recursos extra-orçamentários (72,4% do total)</p> <p>b) Atualização de valores de recursos regulares (taxa de câmbio e a inflação)</p> <p>c) Ampliação de US\$ 6,549 milhões nos RR destinados aos escritórios nacionais</p> <p>2. Clusters temáticos:</p> <p>a) Distribuição do REO nos <i>clusters</i> temáticos</p> <p>b) Destaque para áreas prioritárias</p> <p>c) Inclusão de indicadores relacionados aos ODMs</p> <p>3. Cluster administrativo</p> <p>a) Distribuição do REO nos <i>clusters</i> temáticos</p>	<p>58ª AMS / Proposta orçamentária 2006-2007 (WHO, 2005a)</p> <p>1. Clusters temáticos</p> <p>a) Definição de grandes prioridades programáticas</p> <p>b) Apresentação de novas áreas prioritárias, sem delineamento preciso do <i>cluster</i> temático em que estão inseridas</p> <p>c) Priorização da área de Alerta e Resposta a Surtos e Emergências em função dos surtos de SARS e H5N1 e do tsunami (2004)</p> <p>d) Funcionamento do Sistema Global de Administração como ferramenta de gestão de recursos e mensuração dos resultados alcançados</p>	<p>59ª AMS / 11º Programa-Geral de Trabalho 2006-2015 (WHO, 2006b)</p> <p>a) Reforça estratégia das parcerias e necessidade de fortalecimento do papel da OMS</p> <p>b) Refina as áreas prioritárias</p>	<p>59ª AMS / 11º Programa-Geral de Trabalho 2006-2015 (WHO, 2006b)</p> <p>a) Incorpora debates contemporâneos como áreas de atuação prioritárias para a OMS</p> <p>b) Reconhece a complexificação do cenário internacional como um desafio para a governança do setor</p> <p>c) Busca delinear o espaço de atuação OMS e de outros atores, além das áreas em que a organização tem vantagens</p>

<p>6. Valor total de RR destinados aos programas nacionais: US\$ 355,021 milhões</p> <p>7. Apresentação de lista de indicadores para monitoramento de resultados esperados X uso dos recursos relacionados aos ODMs</p> <p>9. Alinhamento entre níveis organizacionais, foco nas prioridades e ênfase nas necessidades de cada região</p> <p>10. Definição de novas prioridades programáticas: Ampliação da Segurança Global em Saúde; Acelerar o Progresso em Direção aos ODMs; Responder à Crescente Carga de Doenças Não-Transmissíveis; Promover a Equidade em Saúde; e Assegurar a <i>Accountability</i></p> <p>11. Nova definição de áreas de trabalho: Alerta e Resposta a Epidemias; Segurança Gestacional; Saúde da Criança e do Adolescente; Vigilância, Prevenção e Gestão de Doenças Não-Transmissíveis; Tabaco; HIV/AIDS, malária e tuberculose; poliomielite; Atenção Básica; Planejamento, Coordenação de Recursos e Monitoramento; Descentralização; e Fortalecimento do Papel Normativo da OMS.</p> <p>12. Adoção de um Sistema Global de Administração: simplificação do processo de gestão, diminuição de custos a partir de corte de pessoal, evitar duplicações e automatizando funções</p>	<p>debates sobre desenvolvimento;</p> <p>e) Áreas prioritárias para a OMS e para o conjunto dos atores globais do setor saúde: (i) investir na saúde para a redução da pobreza; (ii) assegurar segurança individual e global em saúde; (iii) promover a cobertura universal, a equidade de gêneros e os direitos humanos relacionados à saúde; (iv) tratar dos determinantes da saúde; (v) fortalecer os sistemas de saúde e o acesso equitativo; (vi) fomentar o conhecimento, a ciência e tecnologia; e (vii) fortalecer a governança, liderança e accountability;</p> <p>f) Áreas de trabalho prioritárias para a OMS (consideradas suas vantagens comparativas): (i) apoiar os países no sentido da cobertura universal, com intervenções de saúde pública efetivas; (ii) fortalecer a segurança global em saúde; (iii) gerar e sustentar ações intersetoriais para modificar determinantes da saúde comportamentais, sociais, econômicos e ambientais; (iv) ampliar as capacidades institucionais para oferecer funções de saúde pública centrais sob a governança fortalecida dos Ministérios da Saúde; e (v) fortalecer a liderança da OMS nos níveis global, regional e nacional;</p> <p>g) Identificação de grandes tendências de saúde, como o envelhecimento, o crescimento populacional global, deterioração</p>	<p>4. Escritórios regionais</p> <p>a) Manutenção da prioridade para a AFRO (33,8% do total de RR destinados aos escritórios regionais)</p> <p>b) Manutenção no percentual de RR distribuídos nas demais regiões</p> <p>3. Transparência e accountability</p> <p>a) Elaborada sob debate de objetivos, perspectivas e alocação de recursos, para assegurar interdependência entre níveis de gestão e aior transparência</p> <p>b) Monitoramento regular, maior transparência e <i>accountability</i>, possibilidade de revisão de relatórios financeiros</p>			<p>comparativas</p> <p>d) Reconhece grandes tendências da saúde global</p> <p>e) Reconhece a importância do diálogo multissetorial e com a miríade de atores do cenário internacional da saúde</p>
---	--	---	--	--	--

	<p>das condições ambientais e ampliação de comportamentos insalubres, com ampliação do acesso a níveis mais elevados da atenção à saúde;</p> <p>h) Proposta de fortalecimento das parcerias globais e com agências da ONU, particularmente para o alcance dos ODMs.</p>				
--	---	--	--	--	--

QUADRO 5c -PROPOSTAS DE MUDANÇA E REFORMA DA OMS: Discursos Diretor(a)-Geral (2006 – até o momento)

Margaret Chan (2006 – até o momento)

AMS / Proposta orçamentária (Síntese)	AMS / Programa Geral de trabalho (Síntese)	Mudanças ou Continuidades			
		Proposta Orçamentária		Plano de Trabalho	
60ª AMS / Proposta orçamentária 2008-2009 (WHO, 2008b)	Mantém-se o 11º PGT 2006-2015	Mudanças	Continuidades	Mudanças	Continuidades
		<p>1. Volume de RR: US\$ 959 milhões</p> <p>2. Maior distribuição de recursos regulares para a Região Africana (AFRO)</p> <p>3. Critérios de correção dos valores (variação da taxa de câmbio e inflação)</p> <p>4. Volume de REO: US\$ 3,268 bilhões</p> <p>5. Alinhamento entre níveis organizacionais, foco nas prioridades e ênfase nas necessidades de cada região</p> <p>6. Apresentação de novas áreas de trabalho em 13 objetivos estratégicos²³ aprovados no <i>Medium Term Strategic Term 2008-2013</i></p> <p>7. Definição de novas áreas programáticas prioritárias: Reduzir a mortalidade materna e infantil; responder à epidemia de doenças crônicas não-transmissíveis; implementar o RSI (2005) para responder rapidamente a surtos de novas e antigas doenças e emergências; fortalecer os sistemas de saúde; e melhorar o desempenho da OMS</p>	<p>60ª AMS / Proposta orçamentária 2008-2009 (WHO, 2008b)</p> <p>1. Volume de recursos</p> <p>a) Aumento de 26,6% nos REO (77,3% do total)</p> <p>b) Atualização nos RR (taxa de câmbio e inflação)</p> <p>2. Clusters temáticos:</p> <p>a) Distribuição de REO nos <i>clusters</i> temáticos</p> <p>b) Destaque para áreas prioritárias para a OMS</p> <p>c) Apresentação de áreas prioritárias, sem delineamento preciso do <i>cluster</i> temático em que estão inseridas</p> <p>d) Inclusão de indicadores relacionados aos ODMs</p>	<p>60ª AMS / Proposta orçamentária 2008-2009 (WHO, 2008b)</p> <p>1. Clusters temáticos</p> <p>a) Nova definição de grandes prioridades programáticas</p> <p>b) Não há menção ao Sistema Global de Administração como ferramenta de gestão de recursos e mensuração dos resultados alcançados</p> <p>2. Cluster administrativo</p> <p>a) Os documentos não apresentam definição clara das áreas administrativas</p> <p>3. Transparência e accountability</p> <p>a) Elaborada sob debate de objetivos, perspectivas e alocação de recursos, para assegurar a interdependência entre os diferentes níveis de gestão da OMS e a maior transparência para os Estados-membro</p>	Mantém-se o 11º PGT 2006-2015

²³ 1. Reduzir a carga sanitária, social e econômica de doenças transmissíveis; 2. Combater HIV/AIDS, tuberculose e malária; 3. Prevenir e reduzir doenças incapacitantes e mortes prematuras relacionadas a enfermidades não-transmissíveis, desordens mentais, violência e lesões e incapacidade visual; 4. Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde em estágios-chave da vida; 5. Reduzir as consequências de emergências, desastre, crises e conflitos; 6. Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir e reduzir os fatores de risco; 7. Atender à demanda dos Determinantes Sociais da Saúde por meio de políticas e programas que ampliem a equidade em saúde e integrem perspectivas em favor dos mais pobres e sejam voltadas para as questões de gênero e direitos humanos; 8. Promover um ambiente saudável e intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas; 9. Melhorar a segurança nutricional e de alimentos; 10. Melhorar os serviços de saúde; 11. Assegurar a melhoria do acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias de saúde; 12. Oferecer liderança, fortalecer a governança e promover parcerias e colaborações com países, a ONU e outros atores; e 13. Desenvolver e sustentar uma OMS como organização flexível e capaz de aprender, para executar seu mandato com maior eficácia e eficiência

<p>8. Apresenta pela primeira vez lista das maiores parcerias da OMS, que contribuem com US\$ 695,279 milhões em REO (já contabilizados no total desses recursos no biênio)</p> <p>9. Adoção de uma revisão orçamentária de médio prazo (a cada 12 meses), para facilitar ações corretivas e a realocação e reprogramação de recursos, e de uma avaliação de desempenho de fim de biênio</p> <p>10. Valor total destinados aos programas nacionais apresentado sem distinção de RR e REO: US\$ 1,811.599 bilhão</p>		<p>3. Escritórios regionais</p> <p>a) AFRO manteve-se prioritária (33,8% do total de recursos regulares destinados aos escritórios regionais)</p> <p>b) Manutenção no percentual de recursos regulares distribuídos nas demais regiões, com poucas diferenças</p>	<p>b) Busca por monitoramento regular, maior transparência e <i>accountability</i> pela possibilidade de revisão de relatórios financeiros</p> <p>c) Adoção de avaliações de médio prazo e de final de biênio como ferramentas que avaliação do progresso na implementação dos recursos</p> <p>d) Apresentação da lista de parcerias que apoiam a ação da OMS</p>		
<p>62ª AMS – Proposta orçamentária 2010-2011 (WHO, 2009a)</p> <p>1. Volume de RR: US\$ 943,800 milhões</p> <p>2. Maior distribuição de RR para Região Africana (AFRO)</p> <p>3. Volume de REO: US\$ 3,596.100 bilhões</p> <p>4. Critério de correção dos valores (variação da taxa de câmbio e inflação)</p> <p>5. Apresentação das áreas de trabalho em 13 objetivos estratégicos²⁴ aprovados no <i>Medium Term Strategic Term 2008-2013</i></p> <p>6. Alinhamento entre níveis organizacionais, foco nas prioridades ênfase nas necessidades de cada região</p> <p>7. Revisão orçamentária de médio prazo (a cada 12 meses), para facilitar ações corretivas, realocação e reprogramação de recursos, e avaliação de desempenho de fim de biênio</p> <p>8. Valor total destinado aos programas nacionais apresentado sem distinção entre RR e REO: US\$ 2,043.7 bilhão</p> <p>9. Proposta Orçamentária em três grandes segmentos (para facilitar a gestão</p>	<p>Mantém-se o 11º PGT 2006-2015</p>	<p>62ª AMS – Proposta orçamentária 2010-2011 (WHO, 2009a)</p> <p>1. Volume de recursos</p> <p>a) Aumento de 9,12% nos recursos extra-orçamentários (79,21% do total)</p> <p>b) Atualização nos recursos regulares de acordo com a taxa de câmbio e a inflação do período</p> <p>2. Clusters temáticos:</p> <p>a) Os documentos apresentam a distribuição do recursos extra-orçamentários nos <i>clusters</i> temáticos no biênio</p> <p>b) Destaque para áreas prioritárias com maior ênfase</p> <p>c) Apresentação de áreas prioritárias, sem delineamento preciso do <i>cluster</i> temático em que estão inseridas</p> <p>d) Inclusão de indicadores relacionados aos ODMs</p> <p>e) Manutenção dos objetivos</p>	<p>62ª AMS – Proposta orçamentária 2010-2011 (WHO, 2009a)</p> <p>1. Clusters temáticos</p> <p>a) Segmentação do orçamento em Programas de Base; Programas Especiais e Arranjos Colaborativos; e Resposta a Surtos e Crises</p> <p>2. Transparência e <i>accountability</i></p> <p>b) Inclui programas especiais e arranjos colaborativos à lista de parcerias que apoiam a ação da OMS</p>		<p>Mantém-se o 11º PGT 2006-2015</p>

²⁴ Idem

<p>orçamentária e ampliar a transparência); Programas de Base (US\$ 3,368 bilhões); Programas Especiais e Arranjos Colaborativos (US\$ 822 milhões); e Resposta a Surto e Crises (US\$ 350 milhões).</p> <p>10. Lista de programas especiais, parcerias e arranjos colaborativos da OMS, que contribuem com US\$ 822 milhões em REO (já contabilizados no total desses recursos no biênio)</p>		<p>estratégicos como áreas prioritárias</p> <p>3. Cluster administrativo</p> <p>a) Os documentos não apresentam definição clara das áreas administrativas</p> <p>4. Escritórios regionais</p> <p>a) Manutenção da AFRO como a região prioritária (33,59% do total de RR destinados aos escritórios regionais)</p> <p>b) Manutenção do percentual de RR distribuídos nas demais regiões</p> <p>4. Transparência e accountability</p> <p>a) Elaborada sob debate de objetivos, perspectivas e alocação de recursos, para assegurar a interdependência entre níveis de gestão e a maior transparência</p> <p>b) Monitoramento regular, maior transparência e <i>accountability</i>, possibilidade de revisão de relatórios financeiros</p> <p>c) Apresentação de avaliações de médio prazo e de final de biênio: ferramentas de avaliação do progresso na implementação dos recursos</p>			
<p>64ª AMS – Proposta orçamentária 2012-2013 (WHO, 2011o)</p> <hr/> <p>1. Volume de RR: US\$ 944 milhões</p> <p>2. Maior distribuição de RR para a Região Africana (AFRO)</p> <p>3. Crítérios de correção dos valores (variação da taxa de câmbio e inflação)</p>	<p>Mantém-se o 11º PGT 2006-2015</p>	<p>64ª AMS – Proposta orçamentária 2012-2013 (WHO, 2011o)</p> <hr/> <p>a) Atualização valores de RR (variação taxa de câmbio e inflação)</p> <p>2. Clusters temáticos:</p>	<p>64ª AMS – Proposta orçamentária 2012-2013 (WHO, 2011o)</p> <hr/> <p>1. Volume de recursos</p> <p>a) Redução de 19,27% nos REO (76,44% do total)</p> <p>2. Transparência e accountability</p>		<p>Mantém-se o 11º PGT 2006-2015</p>

<p>4. Volume de REO: US\$ 3,015.100 bilhões</p> <p>5. Apresentação das áreas de trabalho em 13 objetivos estratégicos²⁵ aprovados no <i>Medium Term Strategic Term 2008-2013</i></p> <p>6. Alinhamento entre os todos os níveis organizacionais, com o foco nas prioridades gerais e ênfase nas preocupações específicas de cada região</p> <p>7. Aplicação da revisão orçamentária de médio prazo (a cada 12 meses), para facilitar ações corretivas e a realocação e reprogramação de recursos, e de uma avaliação de desempenho de fim de biênio</p> <p>8. Valor total destinado aos programas nacionais apresentado sem distinção de recursos regulares e extra-orçamentários: US\$ 2,043.7 bilhão</p> <p>9. Apresentação da Proposta Orçamentária em três grandes segmentos (para facilitar a gestão orçamentária e ampliar a transparência): Programas de Base (US\$ 3,368 bilhões); Programas Especiais e Arranjos Colaborativos (US\$ 822 milhões); e Resposta a Surto e Crises (US\$ 350 milhões).</p> <p>10. Adoção de esforços para a melhorar a eficácia e eficiência da OMS, pela redução de custos, gestão baseada em resultados e reformas gerenciais</p> <p>11. Listagem das parcerias que atuam em cada objetivo estratégico</p>		<p>a) Distribuição do REO nos <i>clusters</i> temáticos</p> <p>b) Destaque para áreas prioritárias sem delineamento preciso do <i>cluster</i> temático em que estão inseridas</p> <p>c) Inclusão de indicadores relacionados aos ODMs</p> <p>d) Manutenção dos objetivos estratégicos como áreas prioritárias</p> <p>e) Segmentação do orçamento em Programas de Base; Programas Especiais e Arranjos Colaborativos; e Resposta a Surto e Crises</p> <p>3. Cluster administrativo</p> <p>a) Os documentos não apresentam definição clara das áreas administrativas</p> <p>4. Escritórios regionais</p> <p>a) Manutenção da AFRO como prioritária (33,6% do total de RR destinados aos escritórios regionais)</p> <p>b) Manutenção no percentual de RR distribuídos nas demais regiões</p> <p>4. Transparência e accountability</p> <p>a) Elaboração sob debate de objetivos, perspectivas e alocação de recursos, para assegurar a interdependência entre níveis de gestão e maior transparência</p> <p>b) Monitoramento regular, maior transparência e <i>accountability</i>, possibilidade de revisão de relatórios financeiros</p> <p>c) Apresentação de avaliações de médio prazo e de final de biênio: ferramentas de avaliação de</p>	<p>a) Descrição de todos os parceiros atuantes em cada objetivo estratégico</p>		
---	--	--	---	--	--

²⁵ Idem

		progresso d) Inclui lista de programas especiais, arranjos colaborativos e parcerias que apoiam a ação da OMS			
66ª AMS / Proposta Orçamentária 2014-2015 (WHO, 2013g)	66ª AMS / 12º Plano-Geral de Trabalho 2014-2019 (WHO, 2013g)	66ª AMS / Proposta Orçamentária 2014-2015 (WHO, 2013g)	66ª AMS / Proposta Orçamentária 2014-2015 (WHO, 2013g)	66ª AMS / 12º Plano-Geral de Trabalho 2014-2019 (WHO, 2013g)	66ª AMS / 12º Plano-Geral de Trabalho 2014-2019 (WHO, 2013g)
<p>1. Volume de RR: US\$ 929 milhões</p> <p>2. Maior distribuição de RR para a Região Africana (AFRO)</p> <p>3. Critério de correção dos valores (variação da taxa de câmbio e inflação)</p> <p>4. Volume de REO: US\$ 3,048 bilhões</p> <p>5. Alinhamento entre níveis organizacionais, foco nas prioridades gerais e ênfase nas necessidades de cada região</p> <p>6. Aplicação da revisão orçamentária de médio prazo (a cada 12 meses), para facilitar ações corretivas, realocação e reprogramação de recursos, e avaliação de desempenho de fim de biênio</p> <p>7. Adoção de esforços para a melhorar a eficácia e eficiência, pela redução de custos, gestão baseada em resultados e reformas gerenciais</p> <p>8. Definição de indicadores, linhas de base e metas para cada um dos resultados aprovados, baseados na cadeia de resultados</p> <p>9. Previsão de utilização de avaliações independentes e outras metodologias para a avaliação de desempenho, segundo área programática</p> <p>10. Orçamento estruturado em 6 categorias (5 técnicas e 1 de gestão)²⁶ e 27 áreas</p>	<p>1. Reconhece o impacto da globalização na ampliação das iniquidades sociais e no uso intensivo de recursos naturais, e seus efeitos sobre a saúde, agravados pela crise financeira global</p> <p>2. Reconhece a força dos atores não-estatais e a necessidade de diálogo dos governos</p> <p>3. Define novas tendências na saúde global, reconhecendo os progressos no alcance dos ODMs (apesar de distribuídos de forma irregular); a escassez de medicamentos no setor público e o seu alto custo no setor privado; o envelhecimento populacional; a ampliação da carga de doenças não-transmissíveis</p> <p>4. Destaca a importância</p>	<p>a) Atualização de valores de recursos regulares (variação taxa de câmbio e inflação)</p> <p>2. Clusters temáticos:</p> <p>a) Destaque para áreas prioritárias</p> <p>b) Inclusão de indicadores relacionados aos ODMs</p> <p>3. Cluster administrativo</p> <p>a) Os documentos não apresentam definição clara das áreas administrativas</p> <p>4. Escritórios regionais</p> <p>a) Manutenção da prioridade para AFRO (33,6% do total RRdestinados aos escritórios regionais)</p> <p>b) Manutenção do percentual de RR distribuídos nas demais regiões, com poucas diferenças</p> <p>4. Transparência e accountability</p> <p>a) Elaborada sob debate de objetivos, perspectivas e alocação de recursos, para assegurar a interdependência entre níveis de gestão e maior transparência</p> <p>b) Monitoramento regular, maior transparência e <i>accountability</i> pela</p>	<p>1. Volume de recursos</p> <p>a) Aumento de 1,09% nos REO (76,64% do total)</p> <p>b) Ausência de indicação sobre recursos destinados ao programas nacionais</p> <p>2. Transparência e accountability</p> <p>a) Ausência da indicação das parcerias em cada ação programática</p> <p>b) Adoção cadeia de resultados e indicadores, linhas de base e metas para cada categoria e área prioritária</p> <p>c) Adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação baseados em avaliações independentes e outras metodologias, adaptáveis a cada necessidade</p> <p>3. Clusters temáticos</p> <p>a) Os documentos não apresentam diferenciação entre RR e REO nos <i>clusters</i> temáticos no biênio</p> <p>b) Áreas prioritárias com delineamento preciso do <i>cluster</i> temático em que estão inseridas</p> <p>c) Estruturação do orçamento seguindo a nova definição de critérios e prioridades</p>	<p>a) Redefine áreas prioritárias e tendências na saúde global</p> <p>b) Reafirma relação entre saúde e desenvolvimento</p> <p>c) Reconhece outros atores na arena internacional do setor saúde e os desafios de sua complexificação</p> <p>d) Destaca as vantagens comparativas da OMS e seu espaço único de atuação</p> <p>e) Reitera a importância da preparação para emergências e surtos</p>	<p>a) Resgata o impacto da globalização sobre as iniquidades sociais e seu efeitos sobre as saúde</p> <p>b) Reconhece a problemática do financiamento das agências multilaterais e os desafios impostos pelo volume crescente de recursos de outras origens</p> <p>c) Incorpora a dinâmica da reforma da OMS como elemento de transformação e reposicionamento</p>

²⁶ 1. Doenças Transmissíveis; 2. Doenças Não-Transmissíveis; 3. Promoção da Saúde no Curso da Vida; 4. Sistemas de Saúde; 5. Preparação, Vigilância e Resposta; 5. Serviços Corporativos-Funções Executivas

<p>programáticas, além de uma área sobre Emergência, segundo aprovado na reunião de Estados-membro sobre a Definição de Critérios e Prioridades</p> <p>11. Ausência de indicação do total destinado aos programas nacionais</p> <p>12. Exclusão de referência a todas as parcerias</p>	<p>da relação estreita entre saúde e desenvolvimento, e seu impacto sobre a redução da pobreza e dos efeitos sobre o meio ambiente</p> <p>5. Reconhece importância de melhorias na preparação para emergências, desastres e conflitos, incluindo o fortalecimento da vigilância e resposta</p> <p>6. Aponta a complexificação do setor saúde, com múltiplas vozes, novos atores, preocupações mais amplas e necessidade de governança da saúde e para a saúde</p> <p>7. Assinala depreciação dos fundos destinados às agências multilaterais frente à ampliação de fundos originários de outras fontes</p> <p>8. Reafirma o papel único e as vantagens comparativas da OMS, resgatando os princípios de sua Constituição e destacando sua estruturação e grau de representatividade dos países membros, além de seu papel normativo</p> <p>9. Aponta importância da reforma atual como resposta estratégica ao ambiente em</p>	<p>possibilidade de revisão de relatórios financeiros</p> <p>c) Apresentação de avaliações de médio prazo e de final de biênio como ferramentas que avaliação do progresso na implementação dos recursos</p>			<p>da organização na arena internacional</p> <p>d) Adota novo processo para a formulação da agenda e as definição de prioridades</p> <p>e) Implementa novas metodologias para acompanhar a implementação da agenda</p> <p>f) Propõe novo mecanismo de atração e alocação de recursos, incluindo a instalação do Diálogo Financeiro</p>
---	--	--	--	--	--

	<p>transformação, incluindo alinhamento entre financiamento e prioridades, resgate do papel de liderança no setor e busca por excelência</p> <p>10. Registra novo processo de definição de critérios e prioridades e criação da cadeia de resultados, como medida de ordenamento dos resultados esperados</p> <p>11. Delineia prioridades de liderança para o período de 2014-2019: i) avançar na cobertura universal em saúde; ii) alcançar os ODMs relacionados à saúde; iii) responder ao desafio das doenças não-transmissíveis; iv) implementar o RSI (2005); v) ampliar o acesso a medicamentos e outros produtos da saúde; e vi) atender os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde</p> <p>12. Define seis categorias de trabalho (5 técnicas e 1 administrativa)</p> <p>13. Adota um novo processo de monitoramento de progresso, baseado na cadeia de resultados e na utilização de ferramentas de análises, incluindo avaliações independentes e outras metodologias</p> <p>14. Registra a adoção de</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>um novo modelo de financiamento baseado no alinhamento entre as prioridades acordadas nos órgãos diretivos e os recursos necessários para a execução das ações, programas e políticas aprovados. Reconhece a inabilidade de execução da agenda em função da alta dependência de recursos extra-orçamentários</p> <p>15. Propõe a instalação do Diálogo Financeiro para tornar o orçamento mais previsível e assegurar a cobertura de todas as ações orçadas</p>				
--	---	--	--	--	--