

DEMOCRACIA E GOVERNANÇA DA SAÚDE: INTERESSES E ATORES

Roberta de Freitas¹

1 INTRODUÇÃO²

O conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não (...) ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946) corresponde à interface da saúde com elementos que implicam uma ampla ação em diversos setores.

O bem-estar do indivíduo supõe aspectos sanitários, ambientais e comunitários que só podem ser concebidos a partir de uma perspectiva coletiva, donde resulta que uma concepção jurídica de saúde há de envolver não só direitos, mas também deveres, e não só por parte dos Estados, mas também das pessoas e da sociedade (Dallari e Nunes Júnior, 2010, p. 9).

Dessa forma, o direito à saúde e ao bem-estar estão correlacionados com o exercício de outros direitos humanos, incluindo o direito à alimentação, à habitação, ao trabalho, à educação, à dignidade da pessoa humana, à vida, à não discriminação, à igualdade, a não ser submetido à tortura, à privacidade, ao acesso à informação, à liberdade e ainda, a participação nas decisões tanto no âmbito interno como internacional:

um direito inclusivo que não só abrange a atenção à saúde adequada, mas também os principais fatores determinantes da saúde, como o acesso à água limpa e potável e às condições sanitárias adequadas, o fornecimento adequado de alimentos saudáveis, uma nutrição adequada, uma habitação adequada, condições saudáveis no trabalho e no ambiente e o acesso à educação e às informações sobre questões relacionadas à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Outro aspecto importante é a participação da população em todo o processo de adoção de decisões sobre as

1. Doutoranda em saúde global e sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em direitos humanos e relações internacionais pela Universidad de Sevilla (2006). Assessora de relações internacionais em saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e vice-coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis/Fiocruz). Brasília/DF, Brasil. *E-mail*: <roberta.freitas@fiocruz.br>.

2. Agradecimentos: Cecília de A. Lopes, Larissa F. A. Cedro e Manoel de A. Amorim, que colaboraram na revisão do trabalho. Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

questões relacionadas com a saúde nos planos comunitários, nacional e internacional (CDESC, 2000, p. 97, tradução nossa).³

A saúde global é um conceito abrangente que engloba o estado de saúde, os determinantes e as intervenções na população mundial e que se sobrepõe aos interesses e às perspectivas individuais dos países. É independente de fronteiras físicas ou administrativas, de culturas ou língua e requer ação articulada, assentada em uma perspectiva alargada e multidimensional (Chan, 2007).

Nos dizeres de Berlinguer (1999, p. 3), saúde global é uma “finalidade social desejável, hoje descuidada ou deformada pela influência do fundamentalismo monetário, mas merecedora de evidência prioritária, seja por seu valor intrínseco, seja como símbolo do predomínio de valores humanos sobre outros interesses”. Entretanto, constitui uma plataforma que permite a acumulação de experiências, conhecimento e recursos e inclui determinantes transnacionais, independentes de aspectos geográficos (Koplan *et al.*, 2009). As dimensões da saúde e sua interface com outros aspectos econômicos, políticos e sociais são fundamentais para se compreender as complexidades da governança da saúde global.

2 A GOVERNANÇA DA SAÚDE GLOBAL E O PAPEL DA OMS

O marco da governança global em saúde deu-se com a criação da OMS, em 1948, organismo especializado das Nações Unidas com funções e princípios definidos em sua carta constitutiva.

Apesar disso, o movimento institucional em prol da cooperação e coordenação internacional em saúde foi iniciado um século antes, em 1851, com a Primeira Conferência Sanitária Internacional realizada em Paris, em resposta à necessidade de controlar epidemias de cólera, febre amarela e peste bubônica que atingiam grandes extensões de terra e ultrapassavam as fronteiras legais dos países entre 1830 e 1847.

Entre 1851 e 1903, das onze conferências sanitárias realizadas, surgiram propostas de cooperação para o combate às doenças infecciosas, com a negociação de acordos internacionais e o objetivo de “estudar em que medida era concebível suprimir a quarentena sem colocar em risco a saúde das populações” (Löwy, 2006, p. 33). As quarentenas eram um verdadeiro entrave ao comércio internacional, e, em parte, os órgãos sanitários buscavam resolver os assuntos econômicos em primeiro plano.

3. “Un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”.

Nas Américas, com o incremento das relações comerciais intercontinentais, nesse mesmo período, “melhorar o comércio marítimo e a saúde fez parte do processo de modernização e centralização da vida política” (Cueto, 2004, p. 19, tradução nossa).⁴

Em 1902, a Conferência Internacional Americana aprovou a Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas. Impulsionado pelo presidente Franklin Roosevelt, o processo culminou na criação da Organização da Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, com sede em Washington – denominada, a partir de 1920, de Repartição de Saúde Panamericana; em 1923, passou a ser conhecida como Repartição Sanitária Pan-Americana e, finalmente, em 1959, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (Cueto, 2004; OPS, 1992).

Na Europa, em 1907, foi criado o Escritório Internacional de Higiene Pública, em Paris, com a intenção de internacionalizar a saúde em função do comércio. Havia a necessidade de cooperação ante os riscos de contaminação que se impunham aos Estados. Naquele momento, a cooperação já contava com o envolvimento de corporações multinacionais e de atores não governamentais em numerosas iniciativas (Brown, Cueto e Fee, 2006; Cueto, 2004).

Outro passo na tentativa da institucionalização de uma governança em saúde foi a criação da Organização da Saúde da Liga das Nações, em 1920, com sede em Genebra, que patrocinou algumas comissões internacionais sobre doenças e publicou estudos epidemiológicos e relatórios técnicos (Bourdreau, 1929; 1944; Dubin, 1995; Howard-Jones, 1978).

As dificuldades políticas impediram a fusão, naquele momento, dessas comissões de saúde da Liga das Nações com o Escritório Internacional de Higiene Pública, de Paris; no entanto, ambos mantiveram um vínculo orgânico. Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), o orçamento destinado para a área da saúde pela Liga das Nações era pequeno e havia oposição velada de outras organizações nacionais e internacionais, inclusive do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos; apesar dos percalços, ambos sobreviveram até a Segunda Guerra Mundial, quando foram, por fim, incorporados à recém-criada OMS.

2.1 Formas e possibilidades de ação da OMS

A participação brasileira na arquitetura da governança da saúde global teve destaque na criação da OMS. Registros apontam que o sanitarista Geraldo de Paula Souza, ao participar da Conferência para a fundação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, juntamente com a delegação da China, apresentou

4. “Mejorar el comercio marítimo y la sanidad fue parte de este proceso de modernización y centralización de la vida política”.

a proposta de se constituir um comitê⁵ para avaliar as possibilidades de se criar uma organização internacional de saúde (Campos, 2002; Finkelman, 2002; Hirschfeld e Oguisso, 2002; Roland e Gianini, 2013).

A proposta teve frutos com a criação da OMS dentro do sistema da ONU, como a agência especializada em saúde, dotada de um mandato bastante ambicioso: “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (OMS, 1946, art. 1º).

Sua constituição lhe confere autoridade executiva e de coordenação, no campo da saúde internacional, ao estabelecer uma série de funções⁶ descritas em seu art. 2º.

Entre as funções normativas,⁷ inclui-se a possibilidade de “propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações relativas a assuntos internacionais de saúde” (OMS, 1946, art. 2º, k), como expõe de forma detalhada os arts. de 19 a 23, adiante.

O art. 19 da Constituição da OMS dispõe que a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) – órgão máximo de decisão, pode adotar convenções e acordos relativos referentes “a qualquer assunto que seja da competência da organização” (OMS, 1946, art. 19), sendo necessária a maioria de dois terços dos votos da Assembleia. As convenções entram em vigor assim que cada Estado aceite-as, de acordo com suas próprias regras constitucionais.

A adoção desses instrumentos normativos da OMS depende de confirmação nacional, mediante processo definido conforme a constituição e as normas internas de cada país. No Brasil, a ratificação de tratados internacionais está sujeita à aprovação do Congresso Nacional (art. 49, inciso I, da Constituição Federal de 1988).⁸

O art. 20 da constituição da OMS impõe a cada Estado-membro a obrigação de tomar as medidas necessárias para aprovar internamente as convenções, dentro de um prazo de até dezoito meses, sendo necessária a notificação sobre a aprovação ou não de cada convenção. No caso de aprovação, os Estados se comprometem, ainda, a encaminhar relatórios anuais ao diretor geral da OMS sobre a implementação.

5. Comissão Técnica Preparatória da Conferência Sanitária Internacional, cujo fim seria criar uma organização internacional. Esse comitê, reunido em Paris em março-abril de 1946, foi integrado por dezesseis especialistas em saúde pública, além de representantes de quatro organizações internacionais de saúde (Finkelman, 2002, p. 69-70).

6. Podem ser classificadas como função normativa e de padronização (parágrafos k, s, t, u); função de pesquisa (parágrafos i, j e n); função de formação (parágrafos o e p); função de informação (parágrafos b, e, f, r e q); e função operacional (parágrafos c, d, g, l e m) – art. 2º da Constituição da OMS.

7. Os instrumentos jurídicos no direito internacional público são classificados entre aqueles de caráter impositivo – *hard law*, convenções ou acordos e regulamentos que impõem obrigações aos Estados-membros – e aqueles não impositivos – *soft law*, recomendações, diretrizes, orientações e estratégias, que, em geral, estabelecem vontades comuns entre os países, submetidas a algum tipo de obrigação.

8. Dispõe o art. 49 que “é da competência exclusiva do Congresso Nacional: I – resolver definitivamente sobre tratados, acordos ou atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional”.

Segundo os arts. 21 e 22, a Assembleia tem autoridade para adotar regulamentos relativos, principalmente, a medidas sanitárias e de quarentena ou a procedimentos destinados a impedir a propagação de doenças. Os regulamentos têm caráter vinculativo e entram em vigor para todos os Estados-membros após sua adoção por maioria simples. Estariam excluídos apenas os Estados que se recusarem a fazê-lo ou que apresentarem ressalvas ao regulamento, desde que manifestadas de forma expressa.

O art. 23 permite à assembleia elaborar recomendações aos Estados-membros em relação a qualquer questão que seja da competência da OMS. As recomendações não têm poder vinculante e não têm, necessariamente, aplicação direta no direito interno dos Estados-membros. Elas são entendidas como um instrumento de colaboração entre a OMS e seus membros e representam uma manifestação deles frente a situações de saúde e de governança que não tiveram peso ou oportunidade suficiente para se adotar um instrumento impositivo.

A escolha por uma definição de saúde abrangente e positiva, aliada à competência de adotar normas internacionais no campo da saúde, confere ao mandato da OMS uma vasta dimensão (Mondielli, 2012).

2.2 O Brasil nos processos de governança da saúde global: o exemplo da CQCT

Entre as amplas possibilidades normativas de que dispõe a OMS, até o momento apenas dois instrumentos com força impositiva foram adotados: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

Desde 1978, a OMS já se preocupava

com o alarmante crescimento na produção e no consumo de cigarros (...) em países em desenvolvimento, nos quais o consumo não era anteriormente disseminado, com o extensivo direcionamento promocional das vendas de cigarros através de grandes meios de comunicações e com a associação desses produtos com eventos culturais e esportivos, induzindo os jovens a fumar (Inca, 2011).

Entretanto, o processo formal de negociação da Convenção Quadro⁹ durou de 1999 a 2003 e sofreu diversas interferências da indústria tabagista.

9. Em 1999, a 52ª Assembleia Mundial da Saúde reconheceu a necessidade de adotar uma forma de interferir nos determinantes transnacionais que contribuíam para tornar o tabagismo uma pandemia. O primeiro grupo de trabalho reuniu-se para o delineamento da Convenção-Quadro; a representação brasileira assumiu a vice-presidência do grupo. Apenas em maio de 2000 a Assembleia Mundial da Saúde criou o Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI), responsável por conduzir a elaboração e negociação desse tratado. Entre abril de 2001 e maio de 2003, foi discutido e negociado o processo de elaboração do texto para o tratado da Convenção-Quadro. A CQCT foi adotada pela Assembleia Mundial da Saúde (WHA56.1) em 21 de maio de 2003; com a assinatura de 168 países, o tratado entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005, noventa dias após a quadragésima ratificação, conforme estabelecido no art. 36 do tratado. A partir de então começaram a realizar-se as sessões da Conferência das Partes (COP).

Para subsidiar sua participação nas negociações na OMS, o Brasil criou, em 1999, uma comissão nacional¹⁰ com a função principal de assessorar o presidente da República nas decisões relativas à formulação do posicionamento brasileiro durante tais negociações internacionais. Posteriormente à assinatura da CQCT, a Comissão Nacional passou a atuar em sua implementação no Brasil¹¹ (Minussi, 2012).

Apesar de o Brasil ter presidido as negociações do acordo por três anos, em Genebra, foi o centésimo país, entre 192, a assinar o tratado, em junho de 2003. Em agosto do mesmo ano, a matéria foi encaminhada ao Congresso: a Câmara ratificou em maio de 2004 e o Senado, mais de um ano depois, em novembro de 2005, entrando em vigor em 2006 por meio do Decreto nº 5.658/2006 (Brasil, 2006).

Essa demora surpreendeu a comunidade internacional e a própria OMS, uma vez que o Brasil vinha desenvolvendo um efetivo programa nacional para o controle do tabagismo e havia exercido grande liderança no processo de elaboração do texto da CQCT. Nesse período, foram realizadas audiências públicas no Senado Federal, com fortes embates entre os grupos a favor e contra a aprovação do texto da CQCT no âmbito interno.

Socogio (2008) observou o conflito entre interesses políticos, econômicos e de saúde pública durante o processo, com a postura protelatória do Ministério da Agricultura, nos atos da Comissão de Agricultura e Reforma Agrária do Senado Federal, nas acusações do Senado de que a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei (PL) sem debater suficientemente o tema, nas agressivas estratégias da indústria produtora de tabaco, na mobilização dos fumicultores com informações equivocadas sobre os efeitos da aprovação da CQCT e na tentativa de influenciar os congressistas.

A opinião pública exerceu um papel importante, como registrou o ministro de saúde da época.

Foi uma batalha do governo brasileiro junto à opinião pública e com os parlamentares brasileiros, principalmente os senadores, para que conseguíssemos essa autorização (...)
Foi uma disputa difícil, registrada na imprensa, pois houve mobilização dos plantadores de fumo, apoiados pela indústria do tabaco, contrária à ratificação (Felipe, 2005).

10. Comissão Nacional para preparação da participação brasileira nas negociações internacionais com vistas à elaboração de uma Convenção-Quadro sobre controle do uso de tabaco e possíveis protocolos complementares. Essa comissão foi criada por meio do Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999. Disponível em: <<https://goo.gl/BpaeXj>>.

11. Presidida pelo ministro da saúde e integrada por representantes dos seguintes ministérios: Saúde (Agência Nacional Vigilância Sanitária – Anvisa, Instituto Nacional de Câncer – Inca); Relações Exteriores; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Desenvolvimento Agrário; Fazenda; Justiça; Trabalho e Emprego; Educação; Meio Ambiente; Ciência e Tecnologia; Comunicações; Planejamento, Orçamento e Gestão; Indústria e Comércio Exterior. Além disso, também é integrada por representantes da Casa Civil, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. O Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999, foi revogado pelo Decreto de 1º de agosto de 2003, que, por seu turno, instaurou a Coniq.

Foram criadas comissões preparatória e de implantação da Convenção com o intuito de promover espaços comunicativos democráticos. Minussi destaca que:

o espaço de deliberação por elas representado ainda é bastante restrito, tanto em termos de participação, quanto de acesso do conteúdo de suas reuniões. No que tange ao aspecto da participação, verifica-se que a designação de seus membros (titulares e suplentes) fica a cargo do ministro da saúde, com base na indicação de outros ministros representados (Minussi, 2012, p. 105).

No estado democrático de direito, é fundamental a participação da sociedade nas decisões de Estado, especialmente quando levamos em consideração sua legitimidade e as necessidades sociais.

3 GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE E ATORES ENVOLVIDOS

O comércio, as viagens, as questões ambientais, os conflitos armados e o terrorismo transcendem os limites territoriais e impactam profundamente a saúde individual e comunitária, o que representa “riscos e oportunidades interligadas que afetam a sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo” (Yach e Bettcher, 1998).

De forma mais complexa, a saúde é cada vez mais influenciada pelas decisões que são tomadas em outras arenas de formulação de políticas globais, tais como as que regem o comércio internacional, as políticas de migração e o meio ambiente. Como consequência: uma ampla gama de organizações intergovernamentais interfere na elaboração de normas internacionais que impactam a saúde.

Também importante para o sistema são outras agências das Nações Unidas e multilaterais que têm componentes de saúde (por exemplo, Fundo das Nações Unidas para a Infância [Unicef], Banco Mundial e os bancos de desenvolvimento regional), juntamente com um conjunto diversificado de organizações da sociedade civil, empresas multinacionais, fundações e instituições acadêmicas (Frenk e Moon, 2013, p. 937, tradução nossa).¹²

Em que pese às normas de direito internacional sanitário, próprias da OMS, não é verdade que todo o desenvolvimento de normas de saúde do Sistema das Nações Unidas seja de sua exclusividade. Muitos outros membros do Sistema da ONU estão envolvidos nessa tarefa. “As instituições responsáveis pelo desenvolvimento e pela aplicação de regulamentos jurídicos na área da saúde são numerosas e diversas” (Bélanger, 2011, p. 22, tradução nossa).¹³

12. “Also important to the system are other United Nations and multilateral agencies that have health components (e.g., the United Nations Children’s Fund [Unicef], the World Bank, and the regional development banks), along with a diverse set of civil society organizations, multinational corporations, foundations, and academic institutions”.

13. “The institutions responsible for the development and application of legal regulations in the field of health are both numerous and diverse”.

Assim, os temas de saúde têm se tornado mais presentes nas discussões em arenas diversas das tradicionais agências especializadas de saúde, como a OMS e a Opas (Alleyne, 2007). Muitas questões de saúde são abordadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Além disso, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial do Comércio (OMC), a Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina (UNRWA), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), a Agência Internacional de Energia Atômica (Aiea), o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (Pnuma), o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) e o Banco Mundial, entre outros, desempenham um papel ativo na construção de normas relacionadas à saúde.

O quadro 1 apresenta alguns exemplos de normas de direito internacional, formuladas por organizações internacionais que se relacionam com a saúde.

QUADRO 1
Normas internacionais relacionadas à saúde

Tipos normativos	Organização internacional	Temas de saúde relacionados
Legislação de comércio internacional (Trips, Trips Plus etc.)	OMC	Comércio de produtos farmacêuticos
Direito Internacional dos Direitos Humanos (DUDH, DUBDH etc.)	ONU Unesco Ecosoc	Proteção dos direitos humanos dos indivíduos
Legislação ambiental internacional (Declarações Estocolmo 72, Eco 92, Kyoto, Rio+20 etc.)	ONU Pnuma	Problemas ambientais com impacto nos problemas de saúde
Comércio Internacional de Substâncias Químicas (incluindo: Código Internacional de Conduta para a gestão de pesticidas; Abordagem Estratégica Internacional para a Gestão das Substâncias Químicas - SAICM)	FAO ONU Pnuma	Define padrões em relação às boas práticas de gestão de ciclo de vida dos pesticidas; Estrutura políticas que visam facilitar a redução e eliminar os riscos dos produtos químicos
Legislação internacional do trabalho (Convenções 155 e 187)	OIT	Segurança e saúde dos trabalhadores
Regulação internacional de comércio de alimentos (Codex Alimentarius)	FAO	<i>Standards</i> para o comércio internacional de alimentos, normas quanto ao uso de agrotóxicos, aditivos alimentares, pesticidas, resíduos de medicamentos veterinários, substâncias contaminantes, rotulagem etc.
Direito Internacional Humanitário (Convenções de Genebra de 1949, Protocolos Adicionais de 1977 etc.)	CICV	Proteção da saúde dos combatentes e não combatentes em tempos de conflito armado

Elaboração do autor.

Fonte: OMC, OIT, Pnud, Unesco, FAO, CICV, UN, Pnuma.

A atuação da OMC é um dos exemplos de organismo não especializado em saúde que tem moldado as regras nacionais e globais de propriedade intelectual relativas a produtos farmacêuticos e questões de comércio relacionadas à saúde (Frenk e Moon, 2013). Alguns episódios relacionados ao comércio internacional se utilizam de argumentos sanitários para a imposição de barreiras econômicas ou como justificativa nas disputas de interesses comerciais, como no caso dos pneus,¹⁴ discutido em instâncias sobre comércio,¹⁵ em que se entendeu que as medidas restritivas do comércio poderiam ser fundamentadas com base na proteção à saúde pública e ao meio ambiente (Morosini, 2008).

Conforme contextualizado por Rodrigues e Soler (2009), a ameaça de emissão de licença compulsória¹⁶ ou quebra de patente, prevista no Acordo de Propriedade Industrial (Trips) da OMC, em casos de comercialização insatisfatória ou emergência nacional e interesse público, serviu como estratégia durante a negociação de preços de medicamentos antirretrovirais entre o governo brasileiro e as empresas farmacêuticas detentoras das patentes dos medicamentos em 2001, 2003 e 2005. Por sua vez, o Brasil recorreu a essa medida pela primeira vez em maio de 2007 para permitir a importação e produção de versões genéricas do Efavirenz de laboratórios pré-qualificados pela OMS (Bermurdez, Oliveira e Chaves, 2004).

Também tem havido uma proliferação do que se convencionou chamar de “novos atores” na saúde internacional, atores da sociedade civil e do setor privado (Alleyne, 2007). Eles incluem uma variedade de organizações não governamentais (ONGs), fundações e organizações sem fins lucrativos.

As ONGs são entidades constituídas segundo o direito interno de um Estado, sem personalidade jurídica de direito internacional, reconhecidas ou não por sua autoridade científica ou prestígio internacional, eficiência de atuação e ainda pelos meios financeiros de grande envergadura que possuem. Em grande parte, são financiadas por poderosos grupos privados empresariais, algumas representam poderosos interesses econômicos privados ou ainda pela força de convencimento junto à opinião pública internacional, ganham relevância nos assuntos da saúde pública internacional (Harrington e Stuttford, 2012).

As grandes corporações empresariais, como indústrias farmacêuticas e produtoras de tabaco e alimentos, atuam de forma agressiva, uma vez que sua influência

14. Conflito acerca da relação entre o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e à saúde pública, e a liberalização do comércio e o desenvolvimento econômico, envolvendo Brasil e União Europeia no âmbito internacional e Brasil e Uruguai no âmbito regional.

15. Tribunal Arbitral Ad Hoc do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e Mecanismo de Solução de Controvérsias da OMC. Disponível em: <<https://goo.gl/MsdfTs>>. Acesso em: 18 fev. 2017. Mecanismo de Solução de Controvérsias da Organização Mundial de Comércio (OMC); (World Trade Organization. Brazil: Measures affecting imports of retreaded tyres. Acesso em: 18 fev. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/exlkyR>>.

16. Significa suspensão temporária do direito de exclusividade do titular de uma patente, permitindo a produção, uso, venda ou importação do produto ou processo patenteado, por um terceiro, sem a autorização do titular da patente.

no produto interno bruto (PIB) dos países facilita um forte *lobby* com os governos para que se adote ou não normas internacionais ou legislações internas que as prejudiquem ou beneficiem.

Também se revela preocupante que algumas fundações privadas internacionais invistam em pesquisas científicas e ações de cooperação que gerenciam e propagam a favor dos interesses de seus parceiros e financiadores. Fazem parte do movimento conhecido como filantropocapitalismo.¹⁷ Nesse ponto, concordamos com a preocupação de que o filantropocapitalismo poderá, de alguma forma, minar a democracia e a sociedade civil e corroer a responsabilidade governamental (Bishop, 2008).

Segundo Birn (2014), a atuação dos filantropocapitalistas não é novidade. A Fundação Rockefeller, por exemplo, popularizou o conceito de saúde internacional e exerceu forte influência sobre a agenda, as abordagens e as ações nesse campo durante o século XX. O empenho das grandes corporações em ações filantrópicas nos Estados Unidos no início do século serviu como mecanismo de contenção dos movimentos dos trabalhadores em prol dos interesses econômicos (Birn, 2014).

O financiamento na formação de profissionais na área da saúde pública e a criação de escolas de saúde pública nas Américas pela Fundação Rockefeller também serviram para constituir quadros que posteriormente se tornavam seus interlocutores nos países e nas organizações internacionais. Um exemplo foi a indicação do médico Geraldo de Paula Souza como bolsista custeado pela Fundação Rockefeller no primeiro curso em Higiene e Saúde Pública da Universidade John Hopkins. O mesmo que influenciou, posteriormente, a criação da OMS (Faria, 2005).

Outro exemplo notadamente conhecido é a *Bill e Melinda Gates Foundation*. Seu orçamento estrondoso, em que 60% é destinado a ações de saúde, maior até que o orçamento da própria OMS, “transformou a Fundação Gates em um jogador líder na saúde global do dia para a noite” (Birn, 2014, p. 9, tradução nossa).¹⁸

Tais atores assumiriam parte do papel do Estado na função de proteção social, valorizando esforços voluntários em lugar dos direitos do cidadão, enfraquecendo o Estado diante da iniciativa privada na prestação de serviços de bem-estar social e incluindo de forma antidemocrática os interesses privados (Birn, 2014, p. 3).

Segundo Frenk e Moon (2013), a resposta social organizada às condições de saúde em nível mundial é o que se chama de sistema de saúde global, e a forma pela

17. O termo foi cunhado por Matthew Bishop em um artigo para o *The Economist*. Disponível em: <<https://goo.gl/wr3g1U>>. Acesso em: 17 fev. 2017. E posteriormente uma publicação com Michael Green intitulada *Philanthrocapitalism: how the rich can save the world*. Bishop, M.; Green, M. *Philanthrocapitalism: how the rich can save the world*. [s.l.]: Bloomsbury Press, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/HzWUyv>>. Acesso em: 17 fev. 2017). O termo consiste no investimento conjunto das pessoas mais ricas do mundo para maximizar os lucros dessas inversões sociais; ele marca uma nova onda radical na filantropia e no capitalismo com consequências sociais e políticas de longo alcance.

18. “turned the Gates Foundation into a leading global health player virtually overnight”.

qual o sistema é gerenciado é o que chamamos de governança. Ele completa, ainda, que a noção de governança ultrapassa os mecanismos formais de governo e se refere a outras maneiras como uma sociedade que se organiza e gerencia coletivamente seus assuntos. Nesse sentido, governança global seria a extensão desse conceito ao mundo como um todo, podendo referir-se aos processos de tomada de decisão formais nas Nações Unidas ou a processos menos formais de comportamento, como códigos voluntários de conduta para as multinacionais.

A diversidade de atores internacionais envolvidos ativamente na área da saúde, combinada com críticas generalizadas às Nações Unidas e a suas agências especializadas, levou alguns autores como Harrington e Stuttaford (2012), Frenk e Moon (2013) a sugerir um papel decrescente para as organizações intergovernamentais na governança da saúde global. Essa sugestão representaria uma “mudança na legitimidade de poder” dos Estados e das organizações intergovernamentais para os atores do setor privado, bastante preocupante.

Esses mesmos autores ressaltam que a governança global da saúde “envolve uma mescla de vários Estados, atores não estatais, públicos e privados, e, dessa forma, desenvolve-se para além do papel institucional da OMS e dos ministérios de saúde dos Estados-membros” (Harman, 2012, p. 2, tradução nossa).¹⁹

A legitimação do interesse, da atuação e da influência desses variados atores e do capital nas arenas de governança, que não são específicas de saúde, seria a razão pela qual o termo governança global da saúde tem sido utilizado. Esse termo difere de governança da saúde global. A governança da saúde global, por sua vez, reconhece a legitimidade exclusiva dos Estados e das entidades especializadas em matéria de saúde frente aos problemas relacionados à saúde que atingem as populações mundiais.

O relatório elaborado por um grupo de variados pesquisadores da governança global para a saúde (tradução nossa),²⁰ intitulado *As origens políticas da iniquidade em saúde: perspectivas de mudança*²¹ (Ottersen, 2014, tradução nossa), concebe o sistema de saúde global formado por normas, políticas e práticas oriundas da interação política entre todos os setores que afetam a saúde como “determinantes políticos globais da saúde”²² (Ottersen, 2014, tradução nossa).

O relatório propõe a criação de uma plataforma de governança para a saúde – *Multistakeholder Platform on Governance for Health* – que integre múltiplas partes interessadas, que funcionaria como fórum para a discussão dessas políticas

19. “Global health governance involves an amalgamation of various state, non-state, private and public actors and as such has developed beyond the institutional role of the WHO and the state-based ministries of health.”

20. “Commission on Global Governance for Health”. Disponível em: <<https://goo.gl/9lpWW5>>.

21. “The political origins of health inequity: prospects for change”.

22. “global political determinants of health”.

entre todos os atores que exercem influência nos processos de governança global. A proposta não apresenta de forma clara como esses participantes atuariam, tratando-os como se fossem isentos de quaisquer conflitos de interesse.

Proposta similar foi discutida pela OMS. Seria a criação do Fórum Mundial da Saúde, que funcionaria como uma plataforma para promoção da colaboração e interação entre os diversos atores da saúde global. Contudo, na Sessão Especial sobre a Reforma do Conselho Executivo, realizada em novembro de 2011, declarou-se que essa proposta não seria levada adiante e, ademais, que a reforma deveria priorizar estruturas já existentes na OMS em vez de criar novas (WHO, 2011).

Reitera-se que a OMS e seus Estados-membros são os únicos atores no sistema de saúde global legitimamente constituídos e com igualdade de participação em suas decisões, sendo, portanto, fundamentais para a governança da saúde global (Kickbusch, Hein e Silberschmidt, 2010).

4 GOVERNANÇA DEMOCRÁTICA DA SAÚDE GLOBAL

A discussão sobre novas formas de participação e sobre a governança da saúde global ganharam impulso com a reforma da OMS.

O processo de reforma na OMS começou em 2011. Compreendeu objetivos amplos de reforma programática, de governança e de gestão. Na área da governança, os principais pontos dizem respeito a aumentar o nível de colaboração com outros atores que influenciem a política de saúde global e garantir que a OMS exerça o papel de autoridade de direção e coordenação da saúde global, incluindo a definição e os termos de uma proposta de quadro de colaboração da OMS com agentes não estatais. Entretanto, esse processo ganhou críticas ao levantar a possível inclinação da OMS a um processo de privatização (Diniz, 2016).

A proposta do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais (Fensa) da OMS foi aprovado em maio de 2016, trouxe a definição das categorias de atores não estatais – organizações não governamentais, entidades do setor privado, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas – e as regras para a colaboração com cada uma delas, e a criação de um sistema *on line* para que o ator não estatal postule sua colaboração com a OMS, de forma menos burocrática e mais transparente. O quadro não modificou as formas de participação nos espaços decisórios da OMS, não alterando a responsabilidade do Estado em sua governança.

Ante a preocupação quanto aos interesses privados na governança da saúde global é preciso repensar as formas e possibilidades de participação democrática dos cidadãos na governança global. Governança global se difere da governança nacional em um aspecto crítico: não há governo em nível mundial. Populações são organizadas em Estados soberanos, mas não há autoridade política hierárquica

ou governo mundial que tenha jurisdição sobre esses Estados. Assim, as decisões nas arenas internacionais, a partir de consensos entre os Estados que representam sua população, se dão de forma democrática – democrática ao entender que cada Estado tem direito a um voto e que, em geral, votos de diferentes países têm o mesmo peso.²³ Entretanto, discutimos, a partir da teoria da democracia participativa, a legitimidade dessas decisões em nível internacional.

Entre as teorias da democracia participativa, destacamos a democracia procedimental, formulada por Habermas (1995; 2012; 2013) e baseada em dois princípios: do discurso e da democracia. Segundo o princípio do discurso, a validade de uma norma depende do assentimento de todos os indivíduos, sendo esses participantes de discursos racionais.²⁴ O princípio da democracia defende que um processo normativo legítimo implica um sistema de direitos de participação. Esse modelo defende que a legitimidade política não se esgota no momento de definição da vontade da maioria, como no resultado de uma eleição, mas depende de consensos estabelecidos em debates públicos nos quais seja assegurada a participação de todos aqueles potencialmente atingidos pela decisão (Habermas, 1995; Estevez, 1999; Avritzer, 2000). No caso das decisões internacionais, os potencialmente atingidos pela decisão não são apenas os Estados, mas sim suas próprias populações.

A partir dessa concepção, a redução da democracia ao voto não é capaz de denotar a participação do povo, pois, conforme afirma Silva (2003, p. 141), “o princípio participativo caracteriza-se pela participação direta e pessoal da cidadania na formação dos atos de governo”.

No caso brasileiro, a democracia representativa inclui institutos típicos da democracia semidireta, como a iniciativa popular, o referendo, o plebiscito, a ação popular, as conferências nacionais de saúde, as ouvidorias e as mesas de negociação (Silva, 2003; Pogrebinschi e Santos, 2011; Aith, 2015). Foram instituídas, assim, as democracias participativas, cujo objetivo é fazer com que o cidadão tenha outros momentos de envolvimento na política, além daqueles oportunistizados nas eleições (Pogrebinschi e Santos, 2011; Aith, 2015).

23. A exceção é o Conselho de Segurança da ONU, em que o sistema de votação dá maior peso aos cinco membros permanentes: China, Estados Unidos, Rússia, França e Reino Unido. Qualquer um deles pode bloquear uma proposta com a apresentação de um voto negativo, mesmo que os outros quatro membros permanentes e os dez membros não permanentes tenham votado a favor. Chama-se a essa situação de poder de veto.

24. Para Habermas (2013), discurso racional é aquele fundamentado em argumentos racionais, isto é, que sejam dotados de verdade daquele que participa, seria o convencer o outro (ou se deixar convencer), instaura-se aí o mundo da sociabilidade, da espontaneidade, da solidariedade, da cooperação. As conclusões devem ser retiradas a partir da qualidade dos argumentos, e não das qualidades das pessoas que os enunciam (recusa do argumento de autoridade) ou de qualquer outra circunstância externa ao discurso (como coação, suborno ou chantagem). Caso contrário, o discurso não seria racional. Além disso, precisa admitir que quaisquer argumentos precisam ser levados em consideração, pois não seria racional limitar os argumentos às pessoas que tivessem uma qualificação específica ou defendessem determinada linha ideológica.

A aplicação do modelo de democracia participativa nas deliberações e decisões relacionadas à saúde é a chamada democracia sanitária, resultante do princípio de participação presentes no próprio direito à saúde (Cedesc, 2000) e no sistema de saúde nacional:

impõe que a definição dos contornos do que se entende juridicamente por direito à saúde seja feita com participação da sociedade. Isso implica que a sociedade deve ser consultada e, na medida do possível, delibere diretamente sobre o que significa saúde e sobre qual será a amplitude da proteção a ser oferecida pelo Estado a este direito (Aith, 2014).

No Estado brasileiro as conferências de saúde; os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde; os conselhos consultivos e câmaras técnicas da Agência Nacional Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); as Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), da Anvisa e da ANS, são instituições e instrumentos de democracia sanitária criados e aprimorados de maneira a possibilitar a “ampla participação democrática da sociedade na tomada de decisões estatais em saúde” (Aith, 2014).

Tais instrumentos de participação em nível nacional e procedimentos para a tomada de decisão estão ausentes no plano mundial. Como resultado, as sociedades enfrentam grandes desafios para realizar acordos, impor regras, coordenar ações e atingir a coerência das políticas.

Nota-se que, no modelo atual de representatividade, com os desafios e complexidades da governança global da saúde, a participação dos cidadãos na esfera internacional não pode ficar limitada ao processo democrático instituído nas eleições de seus representantes congressistas e dos chefes dos poderes do Executivo. Não há mecanismos institucionalizados que possibilitem uma discussão mais ampla pela sociedade sobre questões internacionais de interesse local.

A legitimidade, portanto, exige que os destinatários das normas se sintam, também, legisladores dessas mesmas normas, e isso acontece quando eles podem participar dos debates que conduzem a sua formulação (Habermas, 2012).

Segundo Dallari (2000), a democracia deve criar espaços que permitam a deliberação de ideias sobre as reivindicações no campo dos direitos humanos perante o Estado. Há a necessidade de discussão ampliada sobre temas que impactam na saúde de forma muito próxima à sociedade, porque isso a afeta diretamente.

A teoria de Habermas contribui para o estabelecimento de uma governança democrática da saúde, para a legitimação das normas legais e para a efetiva participação popular ao postular pela necessidade de estabelecer espaços de deliberação, no nosso entendimento, em nível global.

A construção de espaços globais de debate e tomada de decisões entre os cidadãos do mundo através de uma democracia cosmopolita (Dahl, 1994; Held, 1995; 2010; Archibugi, 2008), pode ser interpretada como algo utópico, tendo em vista a existência ampliada das desigualdades entre os países, dentro deles e conseqüentemente entre os sujeitos individuais de suas populações. Desigualdades aqui são entendidas como as mais variadas diferenças entre os regimes políticos, sistemas econômicos, sociais, culturais, geográficas, experiências históricas, cognitivas etc., que não são necessariamente excludentes; a multiplicidade cultural, por exemplo é fundamental para a construção de uma verdadeira comunidade global.

Os críticos a essa proposta apontam que as desigualdades impediriam a efetiva participação desses sujeitos; e que a complexidade do mundo contemporâneo impediria a definição de consensos globais pelos próprios cidadãos. Nesse sentido, a participação transnacional através de uma sociedade civil internacional, que conviveria com os Estados, merece atenção sobre “Quem são os constituintes da sociedade civil internacional? Como sua atuação pode ser considerada legítima? A quem remete sua representação?” (Villa e Tostes, 2006, p. 96), ou de forma mais enfática: “Onde está a fiscalização do governo? A quem as ONGs prestam contas? Às pessoas e governo do país em que servem ou às pessoas que providenciam os fundos?” (WHO, 2012, tradução nossa).²⁵

A proposta da comissão *The Lancet* sobre governança global para a saúde (Ottersen, 2014) de criação de uma plataforma mundial para debate entre os atores da saúde global mantém o grau de representatividade que precisamos superar, pois não garante a participação da população além dos grupos representados por ONGs, e ainda, integra na participação os representantes de interesses, que podem ser conflituosos com a saúde pública, evocando as mesmas questões anteriores.

Dessa forma, uma possibilidade mais plausível, seria a inclusão das pautas de saúde global nos espaços de participação e deliberação, isto é, nos instrumentos de democracia sanitária já existentes no contexto nacional, tais como conselhos, conferências, câmaras técnicas etc. Seria necessário, ainda, uma ampliação e aprimoramento desses espaços, de forma a garantir o exercício de democracia participativa pelos cidadãos de forma direta.

O fortalecimento desses espaços implicaria, também, comprometimento do Estado para com os efeitos das decisões tomadas que repercutiriam além da esfera nacional. As deliberações nesses espaços seriam vinculantes à atuação do Estado no contexto internacional.

25. “Where is government oversight? To whom are NGOs accountable? To the people and government in the country where they serve or to the people who provide the funds?”

Outra possibilidade seria ampliar regionalmente tais institutos, a exemplo dos, ainda que poucos, espaços deliberativos que existem na União Europeia, onde a população do bloco é chamada a participar e deliberar sobre processos e questões relacionados a saúde, a exemplo das consultas públicas da Direção Geral de Saúde da Comissão Europeia²⁶, da Agência Europeia de Medicamentos (EMA),²⁷ da Autoridade Europeia para Segurança Alimentar (EFSA).²⁸ Mecanismos inicialmente de caráter consultivo deveriam ser lançados à população de outros blocos regionais.

Para se construir a governança democrática da saúde global, é preciso fortalecer e fundamentar a atuação do Estado na governança global da saúde a partir de novos canais formais de comunicação com a sociedade, como forma de realizar a democracia participativa das decisões nas arenas internacionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento e exercício do direito à saúde requerem a compreensão de sua interface com outros direitos, incluindo o direito à participação da população nas tomadas de decisões da saúde global.

A OMS representa o conjunto de países no âmbito da governança da saúde global, como a arena legítima para as discussões de temas que repercutem na saúde dos povos.

A atuação do Brasil na elaboração da CQCT e na ratificação interna foi apresentada como exemplo de seu desempenho nos processos de governança da saúde global e evidenciou a necessidade de fortalecer mecanismos de participação nacionais e internacionais que preservem interesses de saúde pública. A saúde não pode perder seu valor fundamental.

A presença de interesses e atores diversos dos tradicionais Estados e organismos internacionais próprios da saúde levam a novas propostas de governança. A intenção de se legitimar esses atores e seus interesses confere novidade à expressão governança global da saúde.

No mundo complexo de interesses e instituições, em que o Estado é o representante legítimo da sociedade, é preciso atuar em conformidade às reais necessidades de saúde de seus cidadãos. Desse modo faz-se necessário discutir um modelo de governança da saúde que seja mais democrático, a ponto de permitir a participação daqueles que são atingidos pelas normas e decisões políticas internacionais, os cidadãos.

26. Disponível em: <<https://goo.gl/ER9k9G>>.

27. Disponível em: <<https://goo.gl/r3gTO2>>.

28. Disponível em: <<https://goo.gl/p4qYbK>>.

Para se construir uma governança democrática da saúde global é necessário incluir os temas de saúde global nos espaços de participação e deliberação já existentes nacionalmente, de forma a permitir que os cidadãos sejam atuantes nas tomadas de decisão de cunho internacional.

REFERÊNCIAS

AITH, F. M. A. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 3, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/aGXEuX>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. **Direito à saúde e democracia sanitária: soberania popular e participação nas decisões estatais de saúde**. São Paulo: USP, 2015.

ALLEYNE, G. A. O. **A saúde pública internacional e global: Governança e questões éticas**. 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/4UBIWO>>. Acesso em: 20 set. 2016

ARCHIBUGI, D. **The global Commonwealth of Citizens**. New Jersey: Princeton University, 2008. 298 p.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, São Paulo, n. 50, p. 25-46, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/qgRS76>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BÉLANGER, M. **Introduction à un droit mondial de la santé**. Paris: Editions Des Archives Contemporaines, 2009.

_____. **Global Health Law: an introduction**. Cambridge: Cambridge Scientific Publishers, 2011. 157 p.

BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 35, n. 13, p. 21-38, 1999. Disponível em: <<https://goo.gl/jpXULp>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BIRN, A-E. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. **Hypothesis**, Toronto, v. 12, n. 1, p. 1-27, 1^a nov. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/s95u3t>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BISHOP, M. **O filantropocapitalismo torna-se global**. **AndreySgorla**, 28 out. 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/oBZ0zg>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BOUDREAU, F. G. International Health. **Am J Public Health Nations Health**, Chicago, v. 19, n. 8, p. 863-879, Aug. 1929.

_____. International health work. In: DAVIS, H. E. **Pioneers in world order: an American appraisal of the League of Nations**. New York: Columbia University Press, 1944. p. 193-207.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Brasília: Congresso Nacional, 1998. (Art. 49, I da CF/88). Disponível em: <<https://goo.gl/2oYQHw>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. **Diário Oficial**, Brasília, 2 jan. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/xzgRFI>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, set. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/rt5Q5Y>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CAMPOS, C. de. O sanitarista, a cidade e o território: a trajetória de Geraldo Horácio de Paula Souza em São Paulo 1922-1927. **Pós. Rev. Programa Pós-grad. Arquit. Urban. Fauusp**, São Paulo, v. 11, p. 74-89, 20 jun. 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/xOChX8>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CHAN, M. **Public health in the 21st century: optimism in the midst of unprecedented challenges**. 2007. (Discurso). Disponível em: <<https://goo.gl/UpJTzh>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CDESC – COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES. **Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos: observaciones generales o recomendaciones generales**. Washington: Onu, 2004. 398p. Disponível em: <<https://goo.gl/r8SVMv>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CUETO, M. **El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la salud**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2004. 211p.

DAHL, R. A. A democratic dilemma: system effectiveness versus citizen participation. **Political Science Quarterly**, v. 109, n. 1, p. 23-34, 1994.

DALLARI, D. de A. **Elementos de teoria geral do Estado**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010. 256 p.

DINIZ, M. G. A. **Democracia sanitária e participação social na Organização Mundial de Saúde: das organizações não governamentais aos atores não estatais**.

2016. 148 f. Tese (Doutorado) – Curso de Direito, Universidade São Paulo, São Paulo, 2016.

DUBIN, M. D. The League of Nations Health Organization. *In*: WEINDLING, P. **International health organizations and the movements: 1918-1939**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 56-80.

ESTEVEZ, J. V. La concepción de democracia participativa de Habermas. **Ciencia Política**, Santiago, v. 20, n. 1, p. 208-219, 1^a jan. 1999. Disponível em: <<https://goo.gl/RjhnAe>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FARIA, L. A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1011-1024, dez. 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/zLvPmm>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FELIPE, S. Brasil ratifica convenção-quadro antitabaco. **Radis Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 6-7, 1^a dez. 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/k4x9dt>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRENK, J.; MOON, S. Governance Challenges in Global Health. **New England Journal of Medicine**, Cambridge, v. 368, n. 10, p. 936-942, 7 Mar. 2013.

HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova**, São Paulo, n. 36, p. 39-53, 1995. Disponível em: <<https://goo.gl/WImrF7>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Direito e democracia: entre faticidade e validade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012. v. 1.

_____. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2013.

HARMAN, S. **Global Health Governance**. Manchester: Routledge Global Institutions Series, 2012. 177p.

HARRINGTON, J.; STUTTAFORD, M. **Global Health and Human Rights: legal and philosophical perspectives**. Uk: Routledge Global Institutions Series, 2012. 232p.

HELD, D. **Democracy and the global order: from the modern state to cosmopolitan governance**. Califórnia: Stanford California Press, 1995.

_____. Principles of cosmopolitanism order. **An. Cátedra Francisco Suárez**, Granada, v.39, p. 153-169, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/hzJGLE>>. Acesso em: 30 maio 2017.

HIRSCHFELD, M. J.; OGUISSO, T. Worldwide overview of health and home care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 452-459, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/uq1CnW>>. Acesso em: 20 set. 2016.

HOWARD-JONES, N. **International public health between the two world wars: the organizational problems**. Geneva: World Health Organization, 1978. 92p. Disponível em: <<https://goo.gl/1FHWs8>>. Acesso em: 20 set. 2016.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Observatório da política nacional de controle do tabaco**. 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/tFvMEf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

KICKBUSCH, I.; HEIN, W.; SILBERSCHMIDT, G. Addressing global health governance challenges through a new mechanism: the proposal for a Committee C of the World Health Assembly. **The Journal Of Law, Medicine & Ethics**, v. 38, n. 3, p. 550-563, 29 set. 2010.

KOPLAN, J. P. *et al.* Towards a common definition of global health. **The Lancet**, v. 373, n. 9679, p. 1993-1995, June 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/zjt8JL>>. Acesso em: 20 set. 2016.

LÖWY, I. **Vírus, Mosquitos e Modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 428p.

MINUSSI, L. M. **A construção social das normas: a origem da convenção-quadro para o controle do tabaco e seus impactos no Brasil**. 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Relações Internacionais, Instituto Relações Internacionais, Puc-rio, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/U91dXP>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MONDIELLI, E. Étude 135: organisations internationales. **Lamy Droit de La Santé**, p. 135-175, 2012.

MOROSINI, F. C. The MERCOSUR and WTO Retreaded Tires Dispute: rehabilitating regulatory competition in international trade and environmental regulation. *In*: INAUGURAL CONFERENCE, 2008, Switzerland. **Anais...** Geneva: Society of International Economic Law (SIEL), 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/3Bbs0Z>>. Acesso em: 20 set. 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta das Nações Unidas**. 1946. Disponível em: <<https://goo.gl/dPDVJJ>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <<https://goo.gl/YagykS>>. Acesso em: 20 set. 2016.

OPS – ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud Internacional: un debate sur-sur**. Washington: Ops, 1992. 297 p.

OTTERSEN, O. P. *et al.* The political origins of health inequity: prospects for change. **The Lancet**, Oslo, v. 383, Feb. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/ugSGGn>>.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: o impacto das conferências nacionais de políticas públicas no Congresso Nacional. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 259-305, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/auObjS>>. Acesso em: 20 set. 2016.

RODRIGUES, W. C. V.; SOLER, O. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 6, p. 553-559, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/OOggPX>>. Acesso em: 20 set. 2016.

ROLAND, M. I. F.; GIANINI, R. J. Geraldo Horacio de Paula Souza, a China e a medicina chinesa, 1928-1943. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 885-912, set. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/v7Nmr6>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional**. 21. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SOGOCIO, M. P. de S. C. **O Brasil adverte: Fumar é prejudicial à Saúde**. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Relações Exteriores, Instituto Rio Branco do Ministério das Relações Exteriores, Brasília, 2008.

YACH, D.; BETTCHER, D. A globalização da saúde pública: Ameaças e oportunidades. **Jornal Americano de Saúde Pública**, [s.v.], p.735-738, 1998.

VILLA, R. D.; TOSTES, A. P. B. Democracia Cosmopolita *Versus* Política Internacional. **Lua Nova**, São Paulo, v. 66, p. 69-107, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/z59EPg>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. EBSS/2/INF.DOC./11: Governance - Introductory remarks by the Director-General. SPECIAL SESSION ON WHO REFORM, 2011. Genova, **Anais...** Geneva: WHO, 2 nov. 2011.

_____. **WHO Director-General addresses NGO community**. *In*: Opening remarks at a consultation on WHO engagement with nongovernmental organizations. 18 out. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/lj7aTP>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALCÁZAR, S. L. B. F. **The WHO Framework Convention on Tobacco Control: a case study in foreign policy and health – a view from Brazil**. Geneva: The Graduate Institute, 2008. p. 1-15. (Global Health Programme Working Paper, n. 2).

BERDMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; CHAVES, G. C. O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a saúde pública. *In*: BERDMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, Â. (Orgs.). **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz, 2004. p. 69-89.

BISHOP, M.; GREEN, M. **Philanthrocapitalism: how the rich can save the world**. [s.l.]: Bloomsbury Press, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/Iw8e6j>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

FERNANDEZ, L. A. L. **A Crise econômica Europeia e as repercussões nos sistemas de saúde**. *In*: CONFERÊNCIA SOBRE COMUNICAÇÃO E SAÚDE FSP/USP, 2012, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 26 nov. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/s7Qdgj>>. Acesso em: 20 set. 2016.

KICKBUSCH, I.; SZABO, M. M. C. A New governance space for health. **Global Health Action**, New York, v. 7, p. 1-7, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/Ta6UyM>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MERCOSUL – MERCADO COMUM DO CONE SUL. **Laudos: protocolo de olivos para a solução de controvérsias no Mercosul: tribunal permanente de revisão**. Montevideo, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/JsVeVq>>. Acesso em: 18 fev. 2017

THE birth of philanthrocapitalism: the leading new philanthropists see themselves as social investors. **The Economist**, 23 fev. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/Dga9ZR>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

TOSCANO, M. P. **A formação do regime internacional de controle do tabaco: 1999 a 2005**. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Relações Internacionais, Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/du4slB>>. Acesso em: 20 set. 2016.

WORLD TRADE ORGANIZATION – WTO. **Brazil: Measures affecting imports of retreaded tyres**. Geneva, Switzerland: WTO. Disponível em: <<https://goo.gl/RXMqfM>>. Acesso em: 18 fev. 2017.