

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

LUCAS JOSÉ DE BRITO CARVALHO

**Organização Mundial da Saúde no terceiro milênio: Explicando a influência de
instituições filantrópicas na gestão dos Diretores-Gerais**

RECIFE,

2024

LUCAS JOSÉ DE BRITO CARVALHO

Organização Mundial da Saúde no terceiro milênio: Explicando a influência de instituições filantrópicas na gestão dos Diretores-Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciência Política.

Área de concentração: Política Internacional

Orientador: Prof. Dr. Miguel Mikelli Lucas Alves Ribeiro

Recife

2024

LUCAS JOSÉ DE BRITO CARVALHO

Organização Mundial da Saúde no terceiro milênio: Explicando a influência de instituições filantrópicas na gestão dos Diretores-Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre(a) em Ciência Política.

Aprovado em: 05/02/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Miguel Mikelli Lucas Alves Ribeiro (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr. Gabriel Lopes (Examinador Externo)

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Prof. Dr. Matheus de Carvalho Hernandez (Examinador Externo)

Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Carvalho, Lucas José de Brito.

Organização Mundial da Saúde no terceiro milênio: explicando a influência de instituições filantrópicas na gestão dos Diretores-Gerais / Lucas Jose de Brito Carvalho. - Recife, 2024. 81f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, 2024.

Orientação: Miguel Mikelli Lucas Alves Ribeiro.

Inclui referências.

1. Saúde global; 2. Organização Mundial da Saúde; 3. Instituições filantrópicas; 4. Process Tracing. I. Ribeiro, Miguel Mikelli Lucas Alves. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

Agradecimentos

Iniciando o processo de mestrado quando a pandemia global de COVID-19 ainda estava afetando enormemente o funcionamento das universidades pelo Brasil, tive uma série de dúvidas do quanto poderia aproveitar desse período. Hoje, estamos de volta às atividades usuais, mas ainda no processo de recuperar o ritmo de trocas entre colegas, com o resto da Universidade e a sociedade em geral.

Por isso, quero agradecer ao trabalho de todos que formam o Departamento de Ciência Política da UFPE: professores, funcionários e alunos. Realizar ciência no Brasil requer muita vontade, e com certeza temos isso por aqui. Neste sentido, agradeço também ao apoio da CAPES, pela bolsa que me permitiu continuar e concluir essa etapa de Pós-Graduação.

Dentro do departamento, quero agradecer mais especificamente:

Ao Professor Miguel Mikelli pela orientação durante este trabalho, e pela paciência durante os últimos dois anos.

Aos meus colegas de classe, com quem pude debater sobre todo e qualquer assunto. Incluindo política, às vezes.

Adicionalmente, quero agradecer aos Professores Matheus Hernandez e Gabriel Lopes, que mesmo sem me conhecerem aceitaram participar em um prazo apertado das bancas de qualificação e defesa deste trabalho. Suas contribuições foram valiosas para a pesquisa, e espero lhes reencontrar em algum momento.

Por fim, agradeço também a força da minha família e amigos, dos quais não faço distinção. Mesmo.

Resumo

Como instituições filantrópicas exercem influência na gestão da Organização Mundial da Saúde (OMS)? Partindo dessa pergunta de pesquisa, o presente trabalho analisou para um período de quase vinte anos a atuação de Diretores-Gerais da OMS, buscando entender como sua conduta foi influenciada pela participação crescente de instituições filantrópicas. Um tipo de Organização Internacional Não-Governamental, essas filantropias viram seu espaço em saúde global crescer expressivamente nas últimas décadas. Apesar de financiarem e apoiarem projetos importantes em saúde pelo mundo, sua atuação é também associada a uma série de potenciais problemáticas, como a promoção de vieses específicos e criação de bolsões de negligência a determinadas doenças e determinantes em saúde. Fazendo o uso do método de *process tracing* para realização de um teste de teoria, as análises buscaram avaliar se expectativas teóricas sobre a atuação dessas instituições no sistema internacional geram os efeitos negativos teorizados para gestão da OMS. Evidências foram coletadas através de fontes diversas, incluindo discursos, relatórios institucionais e declarações mais específicas de representantes do mundo filantrópico. Os resultados encontrados acompanham as teorias inicialmente teorizadas, mas exibem nuances e diferenciações que podem servir de base para debates e trabalhos futuros.

Palavras-chave: Saúde Global, Organização Mundial da Saúde, Instituições Filantrópicas, *Process Tracing*.

Abstract

How do philanthropic institutions influence the conduct of the World Health Organization (WHO)? Based on this research question, the present study analyzes the work of WHO Directors-General over a period of almost twenty years, seeking to understand how their performance was influenced by the growing participation of philanthropic institutions. A type of International Non-Governmental Organization, philanthropies have seen their space in global health grow significantly in recent decades. Despite financing and supporting important health projects around the world, their actions are also associated with a series of potential problems, such as the promotion of specific views and the creation of pockets of neglect for certain diseases and health determinants. Using the process-tracing method in its theory test variant, the analyzes sought to assess whether the theoretical expectations about the participation of these institutions in the international system generate the theorized negative effects for the management of the WHO. Evidence was collected from diverse sources, including speeches, institutional reports and more specific statements from representatives of the philanthropic world. The results found are in accordance with the theories initially laid out but exhibit nuances and differentiations that can serve as a basis for debates and future work.

Keywords: Global Health, World Health Organization, Philanthropic Institutions, Process Tracing

Lista de abreviaturas e siglas

BMGF – *Bill and Melinda Gates Foundation*

EUA – Estados Unidos da América

FENSA – *Framework of Engagement with Non-State Actors* (Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais)

GHG – *Global Health Governance* (Governança Global em Saúde)

IFFIM – *International Finance Facility for Immunisation*

IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation*

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OIG – Organização Internacional Governamental

OING – Organização Internacional Não-Governamental

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEFPAR – *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS)

PPP – Parceria Público-Privada

USAID – *United States Agency for International Development* (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)

SUMÁRIO

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	<u>11</u>
<u>2. OMS E SAÚDE GLOBAL.....</u>	<u>14</u>
<u>3. PROBLEMÁTICAS GERAIS E ESPECÍFICAS DE OINGS E FILANTROPIAS NA OMS</u>	<u>19</u>
3.1 O PAPEL TRANSFORMADOR DA BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION PARA SAÚDE GLOBAL.	25
<u>4. DADOS E MÉTODOS</u>	<u>29</u>
<u>5. ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS</u>	<u>35</u>
5.1 OS ANOS BRUNDTLAND (1998-2003)	35
5.1.2 PANORAMA DO PERÍODO BRUNDTLAND	45
5.2 OS ANOS LEE JONG-WOOK E ANDERS NORDSTRÖM (2004-2007).....	45
5.2.1 PANORAMA DO PERÍODO LEE.....	52
5.3 OS ANOS MARGARET CHAN (2007-2016).....	53
5.3.1 DISCUSSÕES GERAIS.....	62
<u>6. CONCLUSÕES.....</u>	<u>64</u>
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>67</u>

“One of the mixed blessings of being twenty and twenty-one and even twenty-three is the conviction that nothing like this, all evidence to the contrary notwithstanding, has ever happened before.”

— Joan Didion, Slouching Towards Bethlehem

1. INTRODUÇÃO

Surgindo como sucessora da Organização da Saúde da Liga das Nações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi criada com um mandato muito mais robusto no enfrentamento a crises sanitárias pelo mundo (LEE, 2008a). Desde sua fundação em 1948, contudo, desafios diversos vêm ameaçando sua centralidade e autoridade normativa enquanto agência especializada da ONU (YOUDE, 2013). Nas últimas décadas, em especial, intensificaram-se as contestações quanto a real capacidade de a organização se adaptar aos novos panoramas em saúde global (HUANG; MELTZER, 2018).

Como resposta a esses questionamentos, são relatadas mudanças significativas nas relações da OMS ao longo do tempo (GOSTIN et al, 2015; GAUNTIER et al, 2014). Em foco neste trabalho, está o aumento do espaço para instituições filantrópicas na organização. Pontos contenciosos na gestão de todos os Diretores-Gerais desde a virada do milênio, instituições filantrópicas fazem parte do grupo mais amplo de Organizações Internacionais Não-Governamentais (OINGs), mas carregam características e problemáticas próprias, sendo caracterizadas por suas estruturas geralmente autofinanciadas e pela dependência relativamente menor quanto a doações (YOUDE, 2013; BLUNT, 2022).

Esse trabalho tem a seguinte pergunta de pesquisa: “como instituições filantrópicas exercem influência na gestão da Organização Mundial da Saúde?”. A pergunta é o ponto de partida para avaliar algumas expectativas teóricas sobre a atuação das filantropias, sob a ótica de sua influência nas gestões de Diretores-Gerais da OMS. Elaboradas numa estrutura de mecanismo causal, essas projeções incluem a promoção de vieses específicos e o apoio à descentralização e fragmentação das dinâmicas em saúde global.

O método usado para essas análises é o *process tracing*, em sua modalidade de teste de teoria. Para melhor delimitação, o horizonte temporal é estabelecido no período 1998-2016, associado a um crescimento significativo na atuação de agentes não-governamentais dentro da OMS. Esse crescimento é entendido como precursor do ponto final das análises, a criação pela OMS do Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais (*Framework of Engagement with Non-State Actors*, FENSA), maior reforma de relações da agência em décadas (BERMAN, 2021).

Como pano de fundo, está a consolidação do fenômeno de globalização em saúde – associado a um aumento na diversidade de agentes relevantes em saúde global, desde OINGs, até parcerias

público-privadas e o *lobby* do setor privado (CLARK; MCGOEY, 2016; TORTAJADA, 2016). Filantropias, em específico, são associadas a uma série de críticas e potenciais influências negativas no panorama global de saúde, preocupações que passam pela sua capacidade robusta de formação de agenda (NUNES, 2018).

Em uma perspectiva mais generalizada, a ideia de globalização dificilmente chega a um consenso claro. Diminuindo o foco para temas de saúde, no entanto, têm-se uma noção relativamente sólida de que esse processo age como propulsor para o aumento da complexidade de demandas no sistema internacional, e uma intensificação generalizada das relações entre países (FIDLER, 2001; BIRN, 2014a). Em termos teóricos, a literatura vê uma transição entre os conceitos de saúde internacional e saúde global, representando esse compartilhamento mais efetivo entre os atores, e incluindo novas configurações de agentes no sistema internacional (BROWN et al, 2006; LEE, 2008b).

É neste panorama que as expectativas teóricas sobre potenciais problemáticas que acompanham instituições filantrópicas são construídas, lhes designando uma capacidade elevada de influência do sistema (LEVICH, 2018; STROUP; WONG, 2016). Pontos mais específicos sobre sua atuação apontam um favorecimento de estratégias específicas – em um cálculo muito mais ligado a noções de custo-benefício e resultados facilmente mensuráveis do que direcionamentos propriamente científicos (ANBAZHAGAN; SUREKHA, 2020). Filantropias são construídas com influência aberta do mundo corporativo, de onde muitos de seus fundadores vêm, mas as prioridades construídas nesse universo nem sempre estão em congruência com as necessidades mais diretas das populações pelo mundo (RICCIUTI, 2016).

Não obstante, evita-se construir uma imagem puramente negativa da contribuição dessas instituições. Programas originados ou apoiados por elas levaram a conquistas históricas e sustentam vias de assistência internacional pelo mundo: mesmo no período pré-globalização, a contribuição da Rockefeller Foundation foi essencial em campanhas de vacinação, por exemplo (BIRN, 2014a). Um olhar mais crítico é necessário, porém, ao se notar que essa influência transborda para outros atores, influenciados a operar sob bases mais restritas, o que pode alargar bolsões de negligência para doenças e determinantes em saúde que recebem menor foco no debate global (NUNES, 2016; HUANG; MELTZER, 2018).

Como essas expectativas teóricas não estão claramente postas enquanto mecanismos causais na literatura, base fundamental do método de *process tracing*, foi necessário adotar um caráter mais exploratório na pesquisa. Assim, ela se configura ao redor do que Beach e Pedersen (2019)

define como um mecanismo minimalista, com a delimitação do processo sendo adaptada da base teórica existente com menor detalhamento, e evidências esperadas sendo menos robustas, mas ainda úteis para avaliação da teoria existente e para apontar caminhos de pesquisa futuros.

Nesta característica reside uma das potenciais contribuições do trabalho: direcionar esforços para um entendimento das dinâmicas em saúde global que passe justamente por essas configurações de mecanismos causais. Isto permite um aproveitamento amplo das evidências existentes, enquanto rastros empíricos de tendências emergentes e da solidificação da relevância de novos atores.

A coleta dessas evidências empíricas, por sua vez, recorre a fontes diversas. Em relação mais direta com a OMS, reúne-se os discursos de Diretores-Gerais, relatórios elaborados por essas lideranças e falas de representantes filantrópicos na Assembleia Mundial da Saúde. Adicionalmente, documentos disponibilizados pelas instituições filantrópicas permitem a aferição de suas tendências orçamentárias ao longo do tempo, atestando o crescimento de seu financiamento em saúde e os eixos programáticos aos quais ele se direciona.

Ao fim, os resultados apontaram três períodos distintos na relação entre a OMS e instituições filantrópicas, intimamente associados à liderança de cada Diretor-Geral analisado: i) um período de participação ascendente das filantropias como presenças constantes no estabelecimento de Parcerias Público Privadas, mas ainda sem um foco mais recorrente sob essas instituições, durante a gestão da Dra. Gro-Harlem Brundtland ii) um de maior entusiasmo da agência com os recursos do mundo filantrópico, acompanhado pelos primeiros exemplos de repercussão negativa da influência dessas instituições na OMS, nos anos de gestão do Dr. Lee Jong-Wook e iii) um marcado por acontecimentos globais críticos, que serviram como propulsores de descentralização do sistema internacional e levaram à adoção de uma perspectiva mais crítica por parte da gestão da OMS, sob a direção da Dra. Margaret Chan.

Buscando o melhor entendimento da discussão desenvolvida, o restante do trabalho é dividido da seguinte forma: a) uma breve seção sobre o papel da OMS desde a década de 1990, quando melhor se nota o aumento na relevância das instituições filantrópicas, b) uma discussão teórica sobre a participação de OINGs diversas e filantropias na agência, c) a descrição do método e fontes de dados mobilizadas, d) análises das evidências, divididas entre o período de gestão de cada Diretor-Geral, e e) uma discussão final dos resultados e perspectivas para trabalhos futuros.

2. OMS E SAÚDE GLOBAL

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, a demanda para a criação de um novo órgão dedicado a temas de saúde no sistema internacional crescia. A Liga das Nações tinha sido dissolvida em 1946 e sua Organização da Saúde precisava de uma sucessora frente ao panorama pós-Guerra, contexto marcado por um alto número de pessoas debilitadas pelo conflito e pela disseminação de doenças decorrentes do aumento dos fluxos migratórios (BURCI, 2008; LEE, 2008a).

A Organização Mundial da Saúde foi então fundada oficialmente em 1948, e tem em sua Constituição a definição de saúde enquanto “[...]um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e [que] não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (OMS, 1946), uma visão muito mais extensiva do que a vigente até aquele momento (BURCI, 2008). A organização criada para enfrentar questões de saúde em um mundo arrasado pela guerra, assim, nasceu já detendo prerrogativas inéditas – consolidando com o tempo um nível de autoridade normativa que a permite determinar recomendações, resoluções e tratados internacionais (GOSTIN et al, 2015).

Desde esse momento, seu espaço no sistema internacional passou por diversas reformas, lhe garantindo níveis distintos de relevância ao longo do tempo. Como exemplo de destaque, a descolonização da África e Ásia, na segunda metade do século XX, aumentou o número de Estados-membros da organização, trazendo também um corpo de novas demandas e transformações profundas de suas bases institucionais (BROWN et al, 2006; CUETO et al, 2019a). Com ampla participação desse novo grupo de países independentes, a Declaração de Alma-Ata é enfim assinada em 1978, reforçando um objetivo central: Saúde para todos (BIRN, 2009). Esse lema ilustra uma guinada para uma OMS de preocupações mais socialmente amplas, tendência que é desafiada e modificada em novas reformas institucionais ao longo dos anos (PANDEY, 2018; CUETO et al, 2019c).

Assim como a descolonização abriu espaço para novos Estados-membros, o estabelecimento da globalização em saúde inclui mais fortemente uma outra gama de atores: os agentes não-governamentais (BROWN et al, 2006; BIRN, 2014b). O entendimento da globalização como um fenômeno mais generalizado é particularmente disputado, mas há alguma convergência sobre seus efeitos mais diretos nas dinâmicas de saúde pelo planeta: em comum, várias definições destacam o aumento das relações entre países e um compartilhamento mais intenso de preocupações em saúde para todos os atores no sistema (FIDLER, 2001; HUYNEN et al, 2005; HUCKEL SCHNEIDER, 2008), movimento intensificado a partir dos anos 1980 e 1990 (HUANG; MELTZER, 2018).

O surgimento desse patamar mais intenso de relações entre os atores do sistema também muda a forma de se analisar seu espaço de interação, com suas dinâmicas gerais inseridas no novo conceito de governança global em saúde (*global health governance*, GHG). A transição teórica entre as ideias de governança internacional em saúde e governança global em saúde emulam uma tendência maior de substituição da ideia de saúde internacional por saúde global (BROWN et al, 2006; LEE; KAMRAD-SCOTT, 2014). O uso desses termos ganha força a partir dos anos 2000, cunhado mais claramente em Dodgson et al (2002), e pode ser descrito como as atividades colaborativas entre diversas forças atuantes em saúde global (ZACHER; KEEFE, 2008) – que neste momento se diversificam para além da esfera do Estados e Organizações Governamentais Internacionais (OIGs).

A influência dos novos atores e dinâmicas começa a ficar clara após a eleição da Dra. Gro-Harlem Brundtland para Diretora-Geral da OMS, cargo que ocuparia entre 1998 e 2003 (CUETO et al, 2019c). Na sua gestão, Brundtland tinha a tarefa de reverter muito do trabalho executado por Hiroshi Nakajima, seu predecessor, cuja atuação foi marcada por polêmicas e acusações de corrupção, ineficiência e liderança autocrática (LIDÉN, 2014; CUETO et al, 2019b). A nova Diretora, então, abraçou o apoio à criação e manutenção de parcerias público-privadas, resultando no contato mais direto com agentes não-governamentais, incluindo uma participação crescente de filantropias (CUETO et al, 2019c).

Apesar de ter deixado o cargo com uma aprovação maior do que Nakajima entre Estados-membros (CUETO et al, 2019c), os desafios enfrentados por Brundtland estão diretamente ligados a problemas profundos no funcionamento da OMS que são enfrentados até hoje. Huang e Meltzer (2018) discorrem sobre esse debate em quatro grandes dilemas: os problemas de identidade, financiamento, gestão e liderança da OMS.

Esses pontos estão intrinsecamente ligados, levando a bloqueios em avanços dentro da agência. Com recursos limitados, a OMS teve de assumir papéis distintos ao longo de sua história, sem uma consolidação clara de qual seria sua área de atuação e os objetivos que poderiam ser conquistados pela agência (LERER; MATZOPOULOS, 2001; LEVICH, 2018, CUETO; LOPES, 2021). Simultaneamente, o montante de recursos para exercício desse mandato não só é instável, mas vem cada vez mais sendo associado a doações de uso restrito ou *earmarked* (LEE, 2008b; KRISTOVÁ, 2020), pelos quais a definição de prioridades da agência troca de mãos, e passa a depender das preferências dos doadores.

Com esses empecilhos, a tarefa de organizar a gestão e servir de liderança da OMS é particularmente complexa: em sua Diretoria, Brundtland buscou encaminhar a OMS para um papel mais técnico, de uma agência que atuaria mais como conselheira e guia do que como interventora direta (CUETO et al, 2019b). Esse aspecto é sentido em várias das iniciativas em saúde global criadas na época, nas quais a OMS compartilha responsabilidades com outros atores do sistema: a exemplo da *GAVI Alliance* e do Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária (*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, chamado simplesmente de Fundo Global no restante do trabalho), criados respectivamente em 2000 e 2002 (MARTIN; MARSHALL, 2003).

Essa diminuição nas frentes de atuação foi também uma maneira de Brundtland aliviar o orçamento da agência, que passou toda sua gestão sem crescimento efetivo do orçamento regular (CUETO et al, 2019b), enquanto tentava retomar o papel de liderança da agência (LIDÉN, 2014). Mesmo que instituições filantrópicas ainda caminhassem para consolidação de sua “nova era de ouro” (ROGERS, 2015), elas já despontavam como grandes financiadoras desses recursos – carregando problemáticas mais exploradas no próximo capítulo.

Não obstante, é durante a gestão de Brundtland que o montante de contribuições voluntárias passa a superar, de forma constante, as contribuições obrigatórias dos Estados-membros, apesar de seus apelos (HANRIEDER, 2015). Lidando com um orçamento deficitário, a Diretora trata desse recurso sem maiores críticas aos seus doadores, mas busca reafirmar o papel técnico a ser exercido pela OMS, uma de suas pautas centrais (CUETO et al, 2019b).

Seu sucessor, o Dr. Lee Jong-Wook, já demonstra um entusiasmo maior com essa nova fonte de recursos advindos de filantropias e outros atores não-governamentais, e em seu curto período à frente da OMS (2003-2006), buscou estreitar laços com representantes filantrópicos (RICHTER, 2012). Junto desse entusiasmo, no entanto, a OMS também vê sua posição diminuída: competindo por espaços em governança global historicamente ocupados pela agência (LIDÉN, 2014; HUANG; MELTZER, 2018).

Internamente, um dos destaques da atuação de Lee foi a retomada do eixo dedicado ao HIV/AIDS na agência – em baixa desde o desmonte do Programa Global Contra AIDS de Nakajima e a criação da UNAIDS, na qual a OMS exercia papel mais limitado (CUETO et al, 2019a). Para isso, Lee propõe a iniciativa “3 by 5”, com a meta de levar a distribuição de antirretrovirais para 3 milhões de pessoas portadoras do vírus até 2005. O programa foi posteriormente considerado um fracasso, não conseguindo chegar a sua meta inicialmente

estabelecida e abrindo espaço para outros atores dominarem o tema, como a atuação bilateral norte-americana através do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*, PEPFAR) (CUETO; LOPES, 2021).

Os objetivos de Lee foram interrompidos pela sua morte precoce em 2006, e o entusiasmo global com o financiamento para saúde sofreu outro baque com a crise econômica de 2008. No desenrolar da crise, governos nacionais repensaram seus orçamentos internos e o quanto disponibilizariam para organismos internacionais como a OMS (AVILA-FIGUEROA; DELAY, 2009), mas instituições filantrópicas também reorganizaram suas ações e chegaram ao seu momento de maior influência no século XXI (ROGERS, 2015).

Na OMS, assumia em 2007 a chinesa Dra. Margaret Chan, após uma eleição conflituosa entre as delegações dos Estados Unidos, China e Rússia (YOUDE, 2018). Chan exerceu dois mandatos de cinco anos, ficando no cargo até 2017 e passando por inúmeros eventos críticos, incluindo a própria crise econômica de 2008, mas também os surtos de H1N1 e Ebola. Neste contexto, ela inicia uma série de reformas que leva à aprovação do Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais, em 2016. Esse Quadro foi a maior reestruturação da relação da agência com OINGs e o setor privado em décadas, contando com instrumentos específicos para inibição de conflitos de interesse e do uso da imagem da OMS para promoção particular (BERMAN, 2021).

O histórico que levou à aprovação desse quadro conta com críticas contundentes da Diretora ao estado do financiamento global em saúde. Instituições filantrópicas e outras OINGs tinham aumentado significativamente o montante de recursos disponíveis, mas estes eram distribuídos de forma que esforços eram duplicados na mesma área, e resultados duradouros se tornavam menos prováveis (FRUTTERO; GAURI, 2005; CUETO et al, 2019b). Em suma, a OMS continuava enfrentando desafios orçamentários e precisava reestruturar sua relação com essas contribuições, carregadas de exigências e tentativas de influência que iam de encontro com os valores da agência (HUANG; MELTZER, 2018).

Com a saída do Dr. Arata Kochi da Diretoria do Programa Global contra Malária da OMS, em 2007, os primeiros sinais mais óbvios de tensões com o mundo filantrópico são notados. Representadas aqui nas críticas feitas por Kochi, de que a *Bill and Melinda Gates Foundation* estaria tentando ditar os caminhos do programa (MCNEIL JR, 2008), mas repetidas ao longo

dos anos seguintes, englobando outras instituições e eixos da OMS (TICHENOR; SRIDHAR, 2018).

Ao fim, o Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais ainda é duramente criticado em círculos de ativismo da sociedade civil por não ter colocado entraves fortes o suficiente para impedir influências não controladas (BUSE; HAWKES, 2016). Ainda assim, a gestão de Margaret Chan se destaca a lidar mais claramente com a questão dos limites a serem impostos a doadores não-governamentais na OMS. Neste sentido, uma análise da trajetória entre as primeiras movimentações de Gro-Harlem Brundtland para um papel mais técnico da agência, o entusiasmo de Lee Jong-Wook e as críticas tecidas por Margaret Chan ajuda a entender como exatamente instituições filantrópicas ganharam destaque e exerceram influência no período.

O próximo capítulo contextualiza essa trajetória ao desenvolver mais claramente os motivos por trás das preocupações com a relação entre filantropias e OMS. Primeiramente, trazendo críticas mais gerais sobre a participação de atores não-governamentais na agência, para então explicitar características particulares das filantropias. Naturalmente, para cada grupo de críticas há também contribuições relevantes desses atores em saúde global – anteriores e posteriores ao estabelecimento da OMS. Não obstante, o foco deste trabalho recai sobre os pontos de tensão mais explícitos da dinâmica OMS-Filantropia, ainda pouco explorada na forma de mecanismos causais.

3. PROBLEMÁTICAS GERAIS E ESPECÍFICAS DE OINGS E FILANTROPIAS NA OMS

Antes de trabalhar mais detalhadamente os conceitos envolvidos na influência de agentes não-governamentais na OMS, é preciso elucidar ao que o trabalho está se referindo quando fala deles. Neste sentido, há diferenças entre o entendimento teórico das Relações Internacionais sobre o que configura uma Organização Internacional Não-Governamental (OING) e o uso mais corriqueiro do termo, inclusive no sistema internacional.

Fazendo uma descrição teórica, instituições filantrópicas são uma iteração das OINGs. Este grupo mais amplo basicamente reverte alguns dos pontos que caracterizam uma Organização Internacional Governamental (OIG), como a OMS. Ao invés de contarem com uma personalidade jurídica internacional e terem sua formação possibilitada pela união de Estados-membros, OINGs são atores privados ligados juridicamente aos países em que atua – geralmente contando com uma sede e um grupo de filiais pelo globo, cada um com sua personalidade jurídica própria (ANBAZHAGAN; SUREKHA, 2020; LACERDA et al, 2020). Saindo da alçada estatal, essas OINGs se relacionam de forma menos hierarquizada, promovendo demandas caras aos grupos que as formam em uma variedade de temas: incluindo ecologia, religião e, enfim, saúde (VILLA, 1999).

Por esta definição, podem ser encaradas como OINGs um grupo extenso de agentes: incluindo movimentos civis de atuação internacional, instituições de caridade, federações acadêmicas, e instituições filantrópicas (ANBAZHAGAN; SUREKHA, 2020). Todavia, o uso mais comum do termo costuma se direcionar a OINGs ligadas a movimentos civis por algum tema específico, mantidas por doações e trabalho voluntário em prol de um objetivo específico.

Essas OINGs promovem uma série de trabalhos importante ao redor do globo, promovendo a levada de intervenções de saúde para áreas que costumam ter menos recursos. Nesta frente, destaques incluem o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, existente desde 1896 para auxílio a vítimas de guerra, grande responsável pelo estabelecimento da Convenção de Genebra e, conseqüentemente, de parte central do direito humanitário internacional (BUGNION, 2004).

Em crises sanitárias recentes, a atuação de OINGs como a Médicos Sem Fronteiras também foi essencial para que mais pessoas pudessem receber o tratamento adequado e surtos de doença não se espalhassem. Necessidade crítica quando os países afetados contam com sistemas de

saúde deficitário, a exemplo do que pôde ser visto na crise do Ebola, entre 2014 e 2016 (MÉDECINS SANS FRONTIÈRES, 2016)

A própria OMS costuma subscrever essa definição mais cotidiana, e em seu guia para funcionários trabalha com quatro diferentes tipos de ator não-governamental: organizações ligadas a movimentos civis, instituições acadêmicas, o setor privado e instituições filantrópicas (WHO, 2023). Instituições filantrópicas, especificamente, diferenciam-se por serem majoritariamente autofinanciadas e terem estruturas comparativamente menos transparentes de decisão (YOUDE, 2013), comumente associadas à alcunha de “fundações” (RAVISHANKAR et al, 2009). Exemplos notáveis incluem *Bill and Melinda Gates Foundation* (BMGF), *Rockefeller Foundation*, *Ford Foundation* e *Bloomberg Philanthropies*; todas financiadas pelas fortunas de seus fundadores.

Apesar de intensificado a partir dos anos 1980, o histórico de OINGs na OMS é quase simultâneo a sua fundação, e tem entre seus primeiros exemplos justamente a atuação relevante de instituições filantrópicas como a *Rockefeller Foundation* (BIRN, 2009; BIRN, 2014). Atuação que se intensifica com o processo de globalização em saúde (HUYNEN et al, 2005; HOLST, 2020), exibindo uma clara mudança de paradigma na virada do século. Esse ganho de protagonismo vem acompanhado de algumas críticas ao grupo das OINGs como um todo, discutidas a seguir, e também a uma série de pontos específicos a filantropias, que encerram o capítulo.

Partindo do trabalho desenvolvido em Tortajada (2016), preocupações sobre a influência das OINGs como um todo podem ser entendidas em três grandes questionamentos: sobre a efetividade, o nível de *accountability* e a legitimidade de suas ações. Para autora, essas limitações seriam resultado da própria natureza constitutiva dessas instituições, distinta de atores diretamente ligados a Estados (TORTAJADA, 2016).

Em Organizações Internacionais Governamentais, Estados-membros se reúnem para decidir sobre a estrutura da instituição: na OMS, isso é visto no estabelecimento de um corpo decisório, a Assembleia Mundial da Saúde, e limitações claras para o braço executivo de agência (LEE, 2009b). Apesar de contarem com orçamentos igualmente robustos ou até superiores à OMS, OINGs exercem sua influência sob um respaldo muito mais frágil, e com um processo de planejamento muito menos transparente (LEVICH, 2018; HOLST, 2020). Similarmente, sendo instituições privadas, OINGs não precisam necessariamente tornar públicas todas as suas decisões, geralmente realizadas por número diminuto de *stakeholders* (HOLST, 2020).

As características acima apontam diretamente as duas primeiras críticas de Tortajada (2016), e deste ponto é possível contextualizar o quão urgente é essa discussão para um tema sensível como saúde. Preocupações com legitimidade incluem também o fato de que os países-sede dessas OINGs não tendem a ser os mesmos das populações mais afetadas por sua atuação (BLUNT, 2022), questão que ainda ganha outras nuances no entendimento de que há um *accountability* limitado por parte desses agentes, com obrigações discricionárias limitadas para membros fora de seu corpo decisório próprio (DOYLE; PATEL, 2008).

Questionamentos sobre a efetividade de OINGs, por fim, são reclamados em muitos dos diagnósticos feitos sobre o fluxo de doações extraorçamentárias na OMS (SCHIEBER et al, 2007). Em discussões levantadas sobre o *burden of disease* de diferentes tipos de doenças e determinantes em saúde, fica claro um favorecimento de esforços que nem sempre levam aos resultados mais robustos (GARRETT, 2017), guiados por preceitos próprios sobre como lidar com questões sanitárias.

Essas questões não estão restritas ao espaço da OMS, e Tortajada (2016) trata mais especificamente de OINGs no campo de desenvolvimento social, não saúde. Não obstante, problemas como o emparelhamento de orçamentos por meio das doações *earmarked* atingem todo o sistema internacional (WILLIAMS, 1998; TOYASAKI; WAKOLBINGER, 2014), afetando a atuação de OIGs em temas como economia, comunicações, imigração, dentre outros.

Para o campo da saúde global, em específico, há ainda um grupo de especificidades a serem exploradas pelo foco mais dedicado em instituições filantrópicas. Como exposto na Introdução, este trabalho não pretende criar uma visão completamente negativa do potencial de agentes não-governamentais em saúde global, e instituições filantrópicas estão ligadas tanto a movimentos negativos quanto positivos no sistema internacional. A tabela abaixo, baseada no trabalho de Youde (2013), faz um apanhado dos principais argumentos encontrados na literatura, e ajuda a entender como a natureza dessas instituições também traz novas potencialidades para o campo da saúde global.

TABELA I – Resumo dos argumentos favoráveis e desfavoráveis à participação de instituições filantrópicas em saúde global.

Caminhos de Influência de filantropias na OMS	
Positivos	Negativos

Diversificar fontes de financiamento da agência.	Influência pode se tornar dominante, no contexto de orçamento deficitário da OMS
Direcionar atenção para pontos negligenciados.	Ação de filantropias pode servir para mascarar falhas da Economia Internacional, remediando temporariamente pontos que necessitam de atenção constante.
Fomentar inovação em instrumentos da GHG.	Promoção de ações inapropriadas para os diferentes contextos sanitários pelo globo.
	Atuação com poucas garantias de transparência e <i>accountability</i> .

Fonte: elaboração do autor, com base em Youde (2013).

Desta tabela, pode-se notar uma repetição de vários dos pontos discutidos anteriormente de forma mais geral às OINGs. Ademais, só pelo potencial financeiro das instituições filantrópicas, e a participação recorrente desses atores entre os maiores doadores em saúde global, já se pode aferir um certo protagonismo nas discussões em governança global (YOUDE, 2013), mas esse potencial não é determinado apenas por seus recursos diretos.

Uma breve análise das mudanças positivas promovidas por instituições filantrópicas ajuda a entender que é também sua forma de organização que as coloca nesse lugar: sua estrutura autofinanciada, por exemplo, as confere muito mais liberdade para explorar caminhos de possível inovação (HARMAN, 2016). O entusiasmo que segue esse processo, no entanto, esconde que a escolha por novas formas de intervenção pode acabar afastando o sistema como um todo de estratégias mais confiáveis à longo prazo (NUNES, 2018), debilitando justamente as áreas que instituições filantrópicas estão menos interessadas em participar.

Essa dualidade está bem ilustrada na evolução do uso teórico da ideia de filantropocapitalismo, trabalhada inicialmente em um viés puramente otimista por Mark Bishop e Michael Green (2010). A crise econômica global de 2008 serve de base para este momento, tida pelos autores como uma oportunidade para que instituições filantrópicas exercessem sua influência com uma atuação baseada em princípios originados do setor privado, de onde boa parte dos grandes nomes da filantropia vêm. Com foco no custo-benefício das intervenções e um direcionamento para objetivos claramente delimitados, essa visão emprestada do mundo corporativo gera preocupações quanto ao estreitamento do que se entende como saúde global, e quais objetivos devem ser trabalhados nessa área (RICHTER, 2014; HOLST, 2020).

Não demora para que o uso do termo filantropocapitalismo adote nuances mais críticas: de fato, esse é um tema que está longe de ser apolítico, tendo a atuação de instituições filantrópicas em saúde sido ligada no passado à esforços anti-socialistas, por exemplo (BIRN, 2014b). No presente, sua atuação é associada à desmobilização de intervenções de caráter mais social por parte da OMS, que com a crise de 2008 abriu terreno para promoção mais fácil dos ideais filantropocapitalistas, postura abertamente criticada em trabalhos como McGoey (2012) e Clark e McGoey (2016).

Neste sentido, passam a ser claramente estabelecidas expectativas teóricas sobre como instituições filantrópicas tendem a agir no sistema internacional. Resultados diretos de sua aproximação com o mundo corporativo, instituições filantrópicas tendem a exibir preferências claras por uma atuação relacionada a doenças infecciosas e tratamentos biomédicos, em detrimento de intervenções de cunho mais social e ligados a condições não-comunicáveis (NUGENT; FEIGL, 2010; BIEHL, 2017; HOLST, 2020). Essas tendências já existiam entre instituições filantrópicas desde antes da fundação da OMS (YOUDE, 2013), mas encontram reverberações mais claras no contexto contemporâneo de sua atuação.

No eixo de doenças infecciosas contra condições não-comunicáveis, essa preferência está associada ao potencial de publicidade de cada uma. Apesar de não trabalharem por lucro, instituições filantrópicas buscam estabelecer uma imagem positiva sobre si mesmas, e estratégias de combate a doenças de cunho infeccioso conseguem resultados mais rápidos e facilmente mensuráveis (MCCOY, 2009; ANBAZHAGAN; SUREKHA, 2020). Todavia, Novos hábitos promovidos pela da sociedade contemporânea favorecem justamente o aumento de condições não-comunicáveis: nesse grupo, encontram-se doenças crônicas como câncer, diabetes, pressão alta e consequências da obesidade, cujo tratamento é notadamente mais longo e envolve intervenções para além de medicamentos (WEISZ; VIGNOLA-GAGNÉ, 2015; HAQUE et al, 2020).

A mesma lógica de resultados rápidos leva a uma preferência por investimento em ações puramente biomédicas, como a distribuição de remédios, vacinas e apoio à pesquisa para desenvolvimento de novos medicamentos (BIRN, 2014b). Relações entre instituições filantrópicas e indústrias farmacêuticas, adicionalmente, levantam preocupações sobre possíveis conflitos de interesse na dinâmica que favorece um viés biomédico de atuação (ROOK, 2009).

Apesar de necessárias, essas medidas mais localizadas podem não gerar resultados duradouros se não forem associadas a medidas de cunho social como o fortalecimento de sistemas de saúde, campanhas de informação e garantia de saneamento básico para populações (ROGER, 2008). Adicionalmente, medidas de intervenção social mais ampla são preteridas ao entrarem em um espaço político que não é desejável para muitas dessas filantropias (MCGOEY, 2014), preocupadas com diagnósticos sobre a legitimidade de sua atuação.

Em um apanhado geral, chega-se ao diagnóstico de que as ações promovidas por instituições filantrópicas tendem a ser notoriamente verticais (MCGOEY, 2014), levando a um cenário de pouca adaptação às demandas específicas de diferentes populações, e com menos foco no impacto a longo prazo e nas condições de sustento das estratégias promovidas. Como exemplo, medidas de distribuição de medicamentos contra malária, promovidas em parcerias público-privadas com ampla participação de filantropias, já foram associadas a resultados negativos para o sistema como um todo: sem um fortalecimento do sistema de saúde de países pobres, maiores receptores dessas intervenções, a distribuição de medicamentos em larga escala pode sobrecarregar equipes e estruturas existentes (ROGER, 2008).

Caso essas preferências caracterizassem apenas programas específicos de instituições filantrópicas, muitas dessas críticas seriam minimizadas. Sua influência, porém, repercute em todo o sistema, incluindo a OMS. Este movimento acaba gerando o que Nunes (2018) caracteriza como negligência em saúde, caracterizada pelo foco desigual de recursos e de espaço na agenda internacional para doenças e determinantes específicos. Aqui, é fortalecido o argumento de que a promoção de certas preferências no sistema internacional pode construir bolsões de negligência a doenças e métodos preteridos, movimento identificado nas tendências comuns às instituições filantrópicas (NUNES, 2016; NUNES, 2018).

No contexto das filantropias, já está clara a preferência pelo tratamento de doenças infecciosas e de métodos puramente biomédicas, em detrimento das condições não-comunicáveis e intervenções mais ligadas a mudanças sociais; como investimento em sistemas de saúde, saneamento básico e informação – essenciais para manutenção de bons níveis de saúde em populações, e para o enfrentamento a crises sanitárias (NUNES, 2016).

Por fim, outro ponto crítico da atuação de instituições filantrópicas em saúde diz respeito ao próprio papel que elas conferem à OMS, ameaçando sua centralidade no debate em saúde e promovendo uma descentralização das dinâmicas globais (GOSTIN et al, 2015). Essa dimensão existe não só nas doações *earmarked* que direcionam ações da OMS e tiram sua flexibilidade

de atuação, como já foi discutido, mas também na promoção de novas iniciativas e parcerias no sistema internacional que competem pelo espaço ocupado originalmente pela agência – situação especialmente clara na promoção de parcerias público-privadas e outras iniciativas em que instituições filantrópicas passam a atuar em termos equitativos com Estados e OIGs (MARTIN; MARSHALL, 2003; HUANG; MELTZER, 2018).

Com a discussão destes pontos críticos, a escolha pelo foco em instituições filantrópicas para análise aprofundada ao longo do trabalho é justificada. Mesmo fazendo parte de um universo mais amplo de OINGs, elas carregam capacidades e um histórico institucional que as coloca em posição de potenciais disruptoras do sistema com muito mais facilidade.

No entanto, nem toda instituição filantrópica é igual ou carrega as mesmas intenções e capacidades de disfunção do sistema. De fato, um grupo restrito de atores com mais capacidades relativas de influência poderosos se destaca. Entre eles, a *Bill and Melinda Gates Foundation* é de longe a OING mais influente em saúde global. Relativamente jovem, ela surge em 2000 com potencial inédito. Abaixo, uma breve revisão de seu histórico é detalhada, em uma discussão que também introduz questionamentos necessários sobre as dinâmicas entre Norte e Sul Global envolvidas no estabelecimento do espaço filantrópico na GHG.

3.1 O papel transformador da Bill and Melinda Gates Foundation para saúde global.

Ao longo do trabalho, menções à *Bill and Melinda Gates Foundation* (BMGF) ocorrem de forma recorrente nas discussões. Essa não é uma escolha deliberada, mas consequência da sua participação vasta no financiamento de programas e pesquisas em saúde global, não igualada por nenhuma outra OING. Fundada por Bill e Melinda Gates à partir da fortuna bilionária construída pela Microsoft, a BMGF é hoje responsável por cerca de 88% de todas as doações de instituições filantrópicas para OMS, um montante que supera as contribuições de quase todos os Estados-membros da organização, com exceção dos EUA (CARBONARO, 2023).

Ainda que nunca tenham exercido o papel de Diretores executivos da fundação, as figuras de Bill e Melinda Gates são presenças constantes em sua promoção. Com experiência vasta no campo da tecnologia, o então casal estabeleceu na BMGF um modo de operações muito próximo do encontrado no mundo corporativo, sendo talvez os representantes mais paradigmáticos do conceito de filantropocapitalismo no campo da saúde (BIRN, 2014b).

A BMGF é relativamente jovem, tendo sido oficialmente estabelecida em 2000, com a junção da William H. Gates Foundation e a Gates Library Foundation (GATES FOUNDATION, 2023), a instituição investe em pesquisa e financiamento de projetos em uma gama variada de

assuntos. Atualmente, existem na fundação outros cinco eixos de trabalho, além de saúde global: equidade de gênero, desenvolvimento global, crescimento global e econômico sustentável, promoção de políticas públicas específicas e, por fim, projetos locais nos EUA voltados à educação (GATES FOUNDATION, s.d).

Seu eixo programático de maior relevância, porém, é o de saúde global (HARMAN, 2016; GATES FOUNDATION, 2023). Essa característica não só garante à fundação uma parcela majoritária do financiamento filantrópico da OMS, mas também a alça a espaços centrais em vários dos novos instrumentos em saúde global nascidos nas últimas décadas. Desde seu estabelecimento, a Gates Foundation financiou largamente instrumentos como a *GAVI Alliance* e o Fundo Global, além de ocupar cargos importantes nas Diretorias dessas iniciativas (MARTIN; MARSHALL, 2003; CLINTON; SRIDHAR, 2017). Com o estabelecimento dessas parcerias, também emergem as críticas sobre a descentralização das dinâmicas de saúde global e diminuição da relevância da OMS (GOSTIN et al, 2015), atribuindo à BMGF um papel claro nesse movimento.

Trazendo um montante de recursos considerável, é esperado que a BMGF tenha conseguido galgar certa influência na OMS, especialmente no contexto de crise orçamentária da agência em que ela surge. Neste sentido, sua participação na agência já foi amplamente associada a praticamente todas as críticas discutidas neste capítulo: incluindo acusações de influência pouco transparente na Organização (BIRN, 2014b) e tentativas de competição direta à prerrogativas da agência (LEVICH, 2015).

Um dos primeiros casos de grande repercussão sobre a influência de instituições filantrópicas em saúde global, o pedido de demissão de Arata Kochi do Programa Global contra Malária da OMS foi seguido de acusações de que a BMGF estaria tentando direcionar as prioridades do programa (MCNEIL JR. 2008) – argumento que se repetiria ao longo dos anos (NUNES, 2018).

Adicionalmente, a BMGF também é presença constante no *secondment* de funcionários pela OMS. Descrita pela agência como “a atribuição à OMS de um indivíduo já empregado por uma entidade, por um período fixo, sob um acordo tripartite de *secondment* entre a OMS, a entidade liberadora e o funcionário.” (WHO EXECUTIVE BOARD, 2016), a prática é criticada por sua falta de transparência e possibilidade de influência direta nas práticas da OMS (THIRD WORLD NETWORK, 2015). Para além da OMS, funcionários advindos da BMGF também exerceram cargos de alto escalão em órgãos como o Banco Mundial, por essa mesma dinâmica

(GATES FOUNDATION, 2021), reforçando a percepção da fundação enquanto ator relevante no sistema internacional.

Além dessas formas de interferência direta, a fundação é constantemente associada a uma visão estrita de que objetivos são desejáveis em saúde global e valores emprestados do mundo corporativo (BATE, 2008; MCGOEY, 2014). Na discussão sobre negligência feita por Nunes (2018), a BMGF é diretamente apontada como um ator de potencial disruptivo na OMS: tendo capacidade de injetar recursos em áreas específicas que, na falta de um financiamento mais constante, acabam por aceitar os termos postos pela fundação.

Além de destrinchar mais claramente a instituição filantrópica de maior destaque nas análises empíricas do trabalho, essa subseção permite introduzir outro debate importante: a presença desproporcional do Norte Global no comando de filantropias, com foco especial no Estados Unidos da América (EUA) – país de origem da BMGF e outras filantropias relevantes, como a *Rockefeller Foundation*, *The Carter Center* e *Bloomberg Philanthropies*. Tendo a disputa entre o Norte e o Sul Global pautado a OMS desde sua criação (CUETO et al, 2019a, BIRN, 2014a), o fluxo de recursos vindos diretamente de um grupo restrito de países pode ser outra questão em debate, ainda que estas instituições não assumam lealdade irrestrita aos seus países-sede – a BMGF, em específico, teve tensões públicas com o presidente norte-americano Donald Trump, à época da pandemia global de COVID-19 (BELLA, 2020)

Mas parece existir um recorte ainda mais estreito para esse debate. Auxiliados por uma tradição nacional longa na filantropia (DUQUETTE, 2019), os EUA exercem papel central na OMS. Essa dominância fica clara quando representada estatisticamente: em 2011, os Estados Unidos e a BMGF correspondiam a cerca de 30% de todas as contribuições voluntárias à OMS, que, por sua vez, correspondiam a mais de dois terços do total de recursos disponíveis anualmente para agência, naquele ano (HUANG, MELTZER, 2018).

Portanto, ainda que não seja o foco específico do trabalho, a discussão sobre instituições filantrópicas tem de considerar as dinâmicas de tensões entre o Norte e Sul Global na história da OMS. A inclusão desta ótica específica para análise, portanto, ajuda a esclarecer se as tendências teóricas estabelecidas estão repetindo características desenvolvidas ao longo da consolidação da agência, potencialmente favorecendo uma visão sobre saúde defendida pelo Norte Global.

No próximo capítulo, a discussão dos métodos e dados coletados vai mostrar como exatamente ocorreu a busca por evidências empíricas das expectativas teóricas discutidas. Os trabalhos

discutidos nesse capítulo não costumam ser pensados em termos de mecanismos causais, mas foram adaptados a essa configuração para exploração mais efetiva das evidências.

4. DADOS E MÉTODOS

Como adiantado na Introdução, o desenvolvimento empírico deste trabalho é primariamente qualitativo, com o método de *process tracing* sendo mobilizado em sua modalidade de teste de teoria. Partindo dessa construção, espera-se avaliar algumas das expectativas teóricas atribuídas à ação de instituições filantrópicas nas últimas décadas, e suas consequências mais diretas nos períodos de gestão dos Diretores-Gerais à frente da OMS no período.

Para esse direcionamento, trabalha-se com a teorização de mecanismos causais, descritos aqui como partes interligadas que transmitem forças causais entre um grupo de causas e um resultado (BEACH, 2016). Essa escolha gera distanciamento das ideias de variância e efeitos médios comumente vistos na arena quantitativa, e permite uma exploração mais detalhada de contextos e padrões de atividades ao longo do tempo. Para Beach e Pedersen (2019), o uso da lógica de mecanismos é um caminho sólido para o entendimento de processos diversos do mundo político, destrinchando a análise em partes distintas.

A maneira de encarar o papel de uma teorização de mecanismos para uma pesquisa pode assumir algumas facetas distintas. De forma mais simples, eles são uma série de eventos que formam uma narrativa, mas Beach (2016) pontua que eles são melhor entendidos enquanto um sistema – permitindo uma compreensão mais clara das forças causais em exercício.

Por sua vez, sendo um método relativamente novo, o passo-a-passo de realização do *process tracing* é descrito de algumas formas distintas. Em uma definição concisa, ele encaminharia esforços para mapear os mecanismos causais envolvidos na relação entre um grupo de causas (X) e seus resultados ou efeitos (Y) (CHECKEL, 2008). Neste trabalho, a causa que impulsiona essas análises é o crescimento da participação de instituições filantrópicas na OMS (X), associado a uma série de mudanças formais e informais na gestão da agência, analisadas enquanto precursoras da aprovação do Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais (Y). O processo de influência dessas instituições na OMS continua a acontecer, claro, mas a determinação desse ponto final específico permitiu uma melhor delimitação dos contextos a serem explorados em profundidade – como mais bem explicado no restante do capítulo.

A realização de um *process tracing* de teste de teoria, adicionalmente, traz prescrições específicas. Nesta versão, o método põe à prova teorizações presentes na literatura e busca comprovar a existência de evidências empíricas ao longo do processo que apoiem essas expectativas (BEACH; PEDERSEN, 2011). Esta construção não nega a possibilidade de

explicações alternativas para o mesmo efeito, mas busca encontrar evidências sólidas para o argumento trabalhado.

Como a dinâmica entre OMS e instituições filantrópicas é um tema que não é vastamente elaborado sob prerrogativas mecanísticas na literatura analisada, o trabalho é construído de maneira próxima com o que Beach e Pedersen (2019) descrevem como um mecanismo “minimalista”. Dessa forma, a teorização do mecanismo assume um caráter menos específico e mais exploratório.

Essa distinção é sentida de forma especialmente clara na determinação do tipo de testes realizados com as evidências coletadas. Para o *process tracing*, convém-se uma divisão entre quatro testes de evidência: *smoking gun*, *doubly decisive*, *hoop* e *straw in the wind*. A diferença entre cada um deles diz respeito ao nível de unicidade e certeza que cada evidência pode trazer – características próximas a ideias de suficiência e necessidade (COLLIER, 2011). Dada às limitações do trabalho e das evidências que puderam ser reunidas, espera-se conseguir trabalhar primariamente com as variedades *hoop*, de alta certeza mas pouca unicidade, e *straw in the wind*, baixa nas duas medidas.

Ainda que isoladamente tais evidências não possam sustentar afirmações mais específicas, elas têm potencial cumulativo, servindo para indicação de possíveis tendências particulares à atuação da OMS e de instituições filantrópicas. Para Beach e Pedersen (2019) e Farias (2021), análises dessa natureza podem ser ainda encaradas como testes de probabilidade sobre a robustez do mecanismo.

Com isso em mente, a tentativa de garantir o corpo de evidência mais robusto possível faz com que o trabalho de coleta recorre a fontes diversas, incluindo: discursos de Diretores-Gerais da OMS, relatórios institucionais e declarações de representantes filantrópicos. Nem todo material existente pôde ser incluído, seja por limitações de tempo ou pela não publicização de informações por parte dos agentes em análise. Com uma base histórica já discutida nos capítulos anteriores, no entanto, é possível fazer uma seleção das evidências com maior potencial de exibirem os padrões esperados (BEACH; PEDERSEN, 2011), as organizando de forma a deixar clara a progressão sistemática dos eventos esperados.

O processo de escolha das evidências, no entanto, enfrentou alguns outros desafios, e a preocupação sobre a transparência do mundo filantrópico discutida em capítulos anteriores teve consequências claras para a parte empírica do trabalho. Informações publicizadas pelas instituições não seguem padrões, e chegar a métricas precisas sobre projetos apoiados por

diferentes instituições nem sempre é possível, variando largamente entre os atores. Essa inconstância também é temporal, e dados mais compreensivos foram de difícil obtenção nos anos iniciais do período estudado.

Adicionalmente, instituições filantrópicas mais robustas tenderam a publicar mais claramente seus feitos, potencialmente gerando uma representação desproporcional da relevância desses atores em GHG. Com este desafio, foram também consideradas as preocupações sobre heterogeneidade das instituições filantrópicas no processo de coleta, reconhecendo que a existência mais material disponível sobre determinadas instituições pode influenciar as análises.

Definidas as fontes, as análises seguem uma dinâmica similar a de Fairfield e Charman (2017): agrupando materiais de mesma origem para análise enquanto um só grupo de evidências. Esta escolha implica que discursos dos Diretores-Gerais não são analisados isoladamente, mas em conjunto – facilitando a identificação de tendências específicas ao longo do tempo, por exemplo. Ao contrário de Fairfield e Charman (2017), no entanto, não é empregada uma lógica Bayesiana matematicamente formal, mas uma discussão mais informal sobre a presença ou ausência notada da evidência empírica esperada. Esse é o caminho defendido em Farias (2023), e adotado em trabalhos como Tannenwald (1999) e Coremans (2020), com as discussões sendo suplementadas por explicações alternativas para existência de evidências sempre que plausível.

Essa disposição assemelha-se aos argumentos de Crasnow (2017) acerca da importância de uma estrutura narrativa organizada para o *process tracing*, garantindo uma melhor contextualização dos possíveis achados. Sob a mesma lógica, a escolha dos pontos inicial e final do horizonte temporal também se mostrou uma tarefa delicada, e que precisaria de sua devida justificação.

Para iniciar as discussões, análises acontecem a partir da eleição de 1998 que levou a Dra. Gro Harlem Brundtland ao cargo de Diretora-geral da OMS, com a discussão sendo desenvolvida até a aprovação do Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais (FENSA), votado em 2016. Este período é caracterizado por uma significativa intensificação das interações entre a OMS e instituições filantrópicas, consolidando novas dinâmicas em governança global e culminando na aprovação da mais substancial reforma relativa à relação entre a agência e os atores não estatais em décadas (BERMAN, 2021).

Com efeito, a aprovação do Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais ilustra a ebulição de tensões entre OMS e filantropias nas quase duas décadas de análise. Em seu estabelecimento são enfim criados instrumentos institucionais que visam minar diretamente influências potencialmente nocivas de agentes externos na OMS, sendo o primeiro caso de uma

OIG atuando diretamente nesse sentido (BERMAN, 2021). Ainda que sirva aos propósitos da pesquisa, é válido pontuar que o Quadro não está livre de críticas, com grupos de ativismo e especialistas convergindo para o argumento de que os entraves criados em seu texto seriam insuficientes (BUSE; HAWKES, 2016)

Com o horizonte temporal definido, a forma de apresentação das análises é outra escolha essencial à noção de estrutura narrativa defendida por Crasnow (2017). Aqui, são feitas em três subseções temporalmente definidas, correspondentes aos Diretores-Gerais da OMS no período: Gro Harlem-Brundtland (1998-2003), Lee Jong-Wook e seu Diretor interino Anders Nordström (2003-2007) e Margaret Chan (2007-2016)¹. Claramente, essa divisão não é equitativa, mas ajuda a contextualizar os eventos mais importantes para cada período, além de auxiliar na discussão sobre os estilos de liderança próprios de cada Diretor-Geral.

Por fim, o restante deste capítulo é dedicado à delimitação dos mecanismos causais em foco. Como já explicado na definição do método, as evidências sob escrutínio vão ser avaliadas quanto a seu potencial de corroborar ou não as expectativas teóricas que baseiam esse mecanismo – nas palavras de Beach (2016), buscam-se “*empirical fingerprints*” das ações esperadas.

Desenvolvendo a partir desse ponto, a diferenciação entre ações e mecanismos é essencial. Para Beach e Pedersen (2011), deve-se evitar um *black-boxing* dos mecanismos, destrinchando claramente as partes do movimento causal para melhor racionalização das análises. Esse entendimento se traduz na diferenciação entre as entidades e atividades que possibilitam cada mecanismo (BEACH, 2016; BEACH; PEDERSEN, 2019). Para o argumento construído, a diferença entre posturas adotadas pela OMS e sua gestão, e a postura de instituições filantrópicas é o ponto central para as avaliações sendo realizadas. Essa distinção é feita abaixo, com a teorização do mecanismo causal a ser testado dedicando potenciais específicos às atividades dos Diretores-Gerais e das instituições filantrópicas no período.

Para entender a reação dos Diretores-Gerais às pressões impostas, a construção do mecanismo se baseia em um ponto: sua tendência a defender a centralidade da agência frente à fragmentação do sistema (LIDÉN, 2014; GOSTIN et al, 2015). Em termos operacionais, espera-se encontrar declarações e reformas institucionais que tentem mitigar o processo de diminuição da relevância da OMS. O resultado desses esforços, já se sabe, não foi suficiente para impedir

¹ Margaret Chan ficaria no seu cargo por mais um ano, até 2017. Escolheu-se limitar as análises até 2016, no entanto, devido à mudança de paradigma pontuada com a aprovação do Quadro FENSA.

o crescimento da influência de instituições filantrópicas, mas demonstra que a agência não reagiu de forma passiva ao processo.

A gama de atividades específicas atribuídas a instituições filantrópicas é mais variada. Para sua promoção no sistema internacional, a literatura indica que elas irão: i) promover visões restritas sobre saúde, favorecendo o tratamento de doenças infecciosas sob um viés biomédico (NUGENT; FEIGL, 2010; YOUDE, 2013; MCGOEY, 2014; BIEHL, 2017; HOLST, 2020), ii) incentivar no sistema internacional a adoção dos preceitos teorizados no conceito de filantropocapitalismo, com preferência para intervenções rápidas e valorização de tendências do mundo corporativo (BIRN, 2014b; CLARK; MCGOEY, 2016; HAYDON et al, 2020), e iii) promover a descentralização de responsabilidades para fora da OMS (GOSTIN et al, 2015; SPICER et al, 2020). Essas preferências são operacionalizadas por vias diversas, incluindo as tendências de financiamento *earmarked* e através discursos que busquem incentivar a adoção de sua visão de mundo por outros atores, além da participação no estabelecimento e coordenação de parcerias público privadas que minimizem responsabilidades da OMS.

A tabela abaixo propõe uma estruturação dessas expectativas como partes fundamentais de um mecanismo causal. O aspecto de progressão temporal na ordem das atividades é importante, mas o fundamento teórico indica que todas as ações descritas estiveram ativas em algum nível durante o horizonte temporal. Com o passar do tempo, porém, espera-se que o potencial de influência das instituições filantrópicas ganhe força, apoiadas por crescimentos expressivos em seus recursos. Retomando a divisão entre ações e entidades discutida acima, as três primeiras dimensões do mecanismo são associadas à ação de instituições filantrópicas, com o último denotando o movimento reativo dos Diretores-Gerais da OMS.

TABELA II – Mecanismo Causal Adaptado

Causa (X)	Mecanismo Causal	Efeito (Y)
Aumento da participação de Instituições Filantrópicas na OMS, a partir da década de 1990.	Estabelecimento de vieses próprios sobre quais tipos de doença e tratamentos são mais relevantes. Tendência promovida através de financiamento <i>earmarked</i> e declarações.	Necessidade de instrumentos para limitação da influência de instituições filantrópicas na OMS, representada pela aprovação do Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais (FENSA).
	Tendo conquistado espaço com o montante de doações realizadas, instituições filantrópicas são recebidas nas estruturas da OMS. Com	

essa participação, defendem para os Estados-Membros uma visão alinhada aos ideais do filantropocapitalismo.

Adquirindo orçamentos mais robustos, voltam sua atenção para instrumentos externos à OMS. **Promovendo fragmentação de dinâmicas em governança global em saúde e incentivando competição.**

Entre os Diretores-Gerais, é traçada uma defesa da centralidade da OMS para o sistema internacional.

Dinâmica que resulta em reformas institucionais, com o exemplo mais notável sendo o Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais,

Um último ponto a se discutir sobre esta tabela é justamente sobre o entendimento de sua relação com as entidades em ação. Instituições filantrópicas exibem semelhanças consideráveis em sua estrutura e forma de atuação no sistema internacional, mas não são homogêneas. Assim, a discussão sobre como elas agem não é necessariamente generalizável para toda filantropia em atividade no mundo. Com a dominância quase completa da BMGF nos fluxos de financiamento da OMS, porém, as afirmações dependem menos dessa generalização para terem repercussões claras no sistema. Não obstante, pontuações que derivam das distinções em origem e robustez de filantropias são esboçadas, sendo possível ponto de partida para trabalhos futuros.

Com o próximo capítulo, análises indicam que os períodos relacionados a cada gestão da OMS carregam diferenças claras, indicando relevância ao papel do estilo de liderança de cada Diretor-Geral. Para além dos desafios em saúde associados ao mundo atual, porém, são choques na política e economia mundial que surtem mais efeitos no progresso da discussão, possibilitando quebras profundas nos padrões de operações dos diversos atores em análise.

5. ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS

Como explicado anteriormente, este capítulo é dividido em subseções correspondentes à gestão de cada Diretor-Geral no período analisado: Gro-Harlem Brundtland (1998-2003), uma discussão única para a do Lee Jong-Wook (2004-2006) e a Diretoria interina de Anders Nordström (2006-2007) e, por fim, uma análise da Diretoria de Margaret Chan, iniciada em 2007, até a aprovação do Quadro de Compromisso Com Atores Não-Estatais (FENSA), em 2016.

Para cada caso, é feita uma breve introdução sobre o estilo de liderança de cada Diretor e as reformas institucionais mais relevantes empreendidas em suas gestões, assim como um apanhado dos acontecimentos mais relevantes em termos de saúde global no período. Em seguida, os grupos de evidência são discutidos de acordo com as expectativas teóricas anteriormente delineadas na forma de mecanismos causais. Encontrar ou não evidências empíricas dessas expectativas ajuda a avaliar a robustez do mecanismo construído. Não obstante, o potencial de contribuição das análises deve ser encarado de forma primariamente cumulativa, com afirmações mais robustas precisando do apoio de evidências variadas.

Adicionalmente, explicações alternativas também têm papel fundamental, e a possibilidade de sua existência é destacada quando plausível. No entanto, sendo este um *process tracing* de caráter minimalista e, conseqüentemente, mais exploratório das teorias mobilizadas, essas motivações alternativas são discutidas de forma menos sistematizada do que se espera conseguir em trabalhos mais robustos.

5.1 Os anos Brundtland (1998-2003)

Com apoio amplo do mundo ocidental (CUETO et al, 2019c), a Dra. Gro-Harlem Brundtland é eleita para o cargo de Diretora-Geral da OMS com uma tarefa difícil: reverter a desconfiança internacional na agência instaurada por seu predecessor, Hiroshi Nakajima. Primeira mulher à frente da organização, Brundtland também marcou por ter uma trajetória majoritariamente externa à OMS, tendo sido Ministra do Meio-Ambiente e Primeira-Ministra da Noruega, e uma das vozes por trás das reuniões da RIO-92, por exemplo (HERCULANO, 1992)².

Assim como os outros dois Diretores-gerais discutidos em mais detalhes nesse trabalho, a gestão de Brundtland teve que lidar com transformações no papel desempenhado pela OMS no

² A trajetória de Gro-Harlem Brundtland na seara ambiental é particularmente longa, com seu Relatório Brundtland estabelecendo muitas das bases para adoção de metas de desenvolvimento sustentável na ONU ao longo dos anos 1980 e 1990 (SOBRINHO et al, 2009)

sistema internacional, enquanto navegava por um orçamento estagnado e de uso pouco flexível frente a novas demandas do mundo globalizado. Como soluções, Brundtland investiu na formação e manutenção de parcerias público-privadas (PPPs) em saúde e reaproximou a OMS de alguns atores externos – em especial, o setor privado (CUETO et al, 2019b). Estruturadas com apoio da OMS, agências de fomento nacionais e bilaterais e OINGs diversas, parcerias como a Roll Back Malaria, STOP TB, GAVI Alliance e o Fundo Global se destacam no período – todas envoltas em doses particulares de críticas e polêmicas (WIDDUS, 2003). Neste momento, a participação de filantropias foi essencial não só para o financiamento dos projetos, mas representantes dessas instituições também ocuparam cargos centrais na Diretoria e corpos decisórios das iniciativas (BIRN, 2014b).

Acompanhando a formação dessas parcerias, reformas internas promovidas por Brundtland encaminharam a OMS para um papel mais técnico, alinhado com as tendências liberalizantes em saúde estabelecidas na década de 1990 (RUGER, 2005). Como pode ser notado nas discussões das evidências, a Diretora argumenta repetidamente que o redirecionamento de atividades da agência não diminui sua centralidade no sistema internacional, mas é fato que várias das iniciativas apoiadas pela Diretora acabaram por disputar diretamente com funções anteriormente associadas à OMS (SPICER, 2020).

Nas discussões a seguir, evidências buscarão esclarecer o posicionamento institucional da OMS e de instituições filantrópicas no período. A escolha das evidências busca destacar não só a relevância de cada um desses atores, mas demarcar especificamente o público-alvo de suas declarações e posicionamentos institucionais, contexto essencial para entendimento de como essas reformas foram possíveis no período.

Evidência I: Discursos de Gro-Harlem Brundtland à Assembleia Mundial da Saúde (1998-2003)

O primeiro grupo de evidências é formado pelos discursos anuais da Diretora-Geral na Assembleia Mundial da Saúde (WHO, 1998; WHO, 1999; WHO, 2000; WHO, 2001; WHO, 2002; WHO, 2003a). Um grande motivo que justifica a análise dessas falas é seu público: Ministros da Saúde e outros representantes governamentais dos Estados-membros da OMS. Se a atuação de Brundtland estaria buscando manter a centralidade da agência e resolver seus problemas orçamentários, era a esse público que ela teria de convencer.

Ao longo dos seis discursos, algumas tendências gerais ajudam a explicitar seu estilo de liderança. Já em suas primeiras declarações, várias das reformas institucionais realizadas em

sua gestão são defendidas como forma de manter o posto central da OMS nos debates sobre saúde global. Nestas, há uma diminuição de funções diretas exercidas pela agência, movimento caracterizado pela Diretora como positivo para manutenção de sua relevância, e um direcionamento para um papel mais técnico, em suas palavras “*Eu vejo nosso papel como sendo o de voz moral e líder técnico na melhoria da saúde para a população mundial*” (WHO, 1998, tradução própria).

Como plano de fundo dessa estratégia, está o reconhecimento da globalização em saúde enquanto um evento que promoveu mudanças profundas no sistema internacional e trazia desafios “*A globalização está trazendo novas oportunidades de crescimento e progresso. Mas seus benefícios não são adequadamente distribuídos. A globalização também trouxe ameaças novas e críticas*” (WHO, 1998, tradução própria). Aqui, a transição para o século XXI acompanha uma transição para novas demandas e desafios em saúde global, a serem enfrentados com uma gama diversa de novos instrumentos. Em relação às parcerias com agentes não-governamentais, o tom de Brundtland costuma ser otimista em falas como “*Pedi por uma mudança na nossa relação de trabalho com outros jogadores [em saúde global], muitos dos quais deveriam ser nossos parceiros naturais*” (WHO, 1999, tradução própria), mas reconhece a existência de potenciais conflitos de interesse:

O potencial para diferentes parceiros trabalharem juntos para fazer o bem é elevado. No entanto, também precisamos ser claros sobre nossos papéis distintos e como esses papéis moldam e limitam nossas colaborações. Tais percepções são necessárias se quisermos trabalhar juntos de maneira produtiva e evitar conflitos de interesse. (WHO, 2000, tradução própria).

A leitura de declarações que definem o trabalho da OMS no período como “*Selecionando prioridades, e reduzindo a ênfase em – ou até fechado – programas não-prioritários*” (WHO, 2001, tradução própria), no entanto, encaminha a um panorama paradoxal: com argumentos da Diretora apontando que a OMS estaria se tornando mais relevante, ao passo que a agência fazia, efetivamente, menos.

Com a tensão entre a agência e a UNAIDS, alguns anos antes (CUETO et al, 2019a), Brundtland pode ter encarado que a diminuição de responsabilidades da OMS seria inescapável. Uma forma de manter algum protagonismo nesse espaço, então, é promover a noção de que esse papel mais técnico e limitado seria vantajoso. Ademais, o processo de globalização que a Diretora reconhece carrega uma gama de desafios, e o estreitamento de funções da OMS dificilmente pode ser associado somente ao crescimento das instituições filantrópicas – pelo menos, a partir do corpo de evidências disponível.

Declarações sobre reformas institucionais, no entanto, perdem espaço ao longo dos anos. Nos seus últimos discursos, Brundtland já fala muito pouco de novas modificações dentro da estrutura da OMS. Isso poderia indicar que seus objetivos iniciais estariam cumpridos naqueles momentos finais de sua Diretoria, mas a literatura aponta que Brundtland realmente se afasta de seu projeto reformista na segunda metade de seu termo (CUETO et al, 2019b).

Alternativamente, existem claras sinalizações de que seu entusiasmo com reformas era uma necessidade para manutenção da agência, frente a seus problemas orçamentários. Operacionalmente, o período Brundtland não viu crescimento real das atribuições obrigatórias da agência, mas doações extraorçamentárias *earmarked* ultrapassaram o montante regular sem muitas dificuldades (CUETO et al, 2019b), impulsionadas por doações robustas de filantropias. Esse emparelhamento do orçamento é diretamente denunciado por Brundtland, e encapsula o panorama no qual a Diretora teve de gerir a OMS, definindo muitos dos seus desafios mais relevantes.

Nós temos de aceitar a realidade do financiamento voluntário. Muitas vezes, o financiamento é provido em uma base anual, e de uso estritamente pré-determinado. Como a continuidade desse financiamento não pode ser garantida, estamos frequentemente dependentes de funcionários contratados para um curto prazo, o que cria desafios para nossas políticas de recursos humanos. (WHO, 2001, tradução própria).

Sem muitas citações diretas à OINGs, e nenhuma fala mais específica sobre instituições filantrópicas, os discursos de Brundtland na Assembleia Mundial da Saúde dificilmente configurariam uma evidência com alto grau de certeza. Tendências encontradas com a análises destes, porém, parecem se alinhar com o que a literatura previa sobre tentativas de manutenção do protagonismo da agência – especialmente, em meio ao estabelecimento simultâneo de várias parcerias público-privadas no período de realização desses discursos.

Como frente em que instituições filantrópicas estariam mais evidentes, o crescimento do orçamento voluntário da OMS, e as problemáticas que o seguem, já era sentida na época em outras partes do sistema ONU (WILLIAMS, 1998; TOYASAKI; WAKOLBINGER, 2014). Com a gestão de Nakajima em perspectiva, porém, o contexto em que Brundtland atuou era especialmente dependente de um aumento nos recursos disponíveis, ainda que eles viessem com limitações de uso.

Abaixo, o relatório final da Diretora-Geral antes de deixar a agência serve para amadurecer algumas das ideias aqui discutidas. Em seu espaço mais longo para discussão fica claro que as concessões de Brundtland em áreas onde a atuação da OMS era anteriormente mais central

foram necessárias para sustentar a gama de projetos operados pela agência, que mesmo tendo enxugado vários de seus grupos de trabalho ainda trabalhava para além do que seus recursos regulares permitiriam.

Evidência II: Relatório Final de Gro-Harlem Brundtland (1998-2003)

Lançado por Brundtland em seu último ano de Diretoria, esse relatório final (WHO, 2003b) ajuda a solidificar algumas das afirmações feitas até aqui. O documento lançado na Assembleia Mundial da Saúde de 2003 faz um apanhado das atividades promovidas no período de 1998-2003 e, conseqüentemente, expõe como a agência mudou nesse meio tempo. De forma geral, muitos dos pontos levantados em seus discursos são repetidos no relatório, mas é possível entender melhor como algumas relações se desenvolveram.

Isso é especialmente claro nas discussões sobre as parcerias público privadas estabelecidas, tratadas com grande otimismo. Como diferença, há citações mais direta às filantropias e à BMGF, ausentes nos seus discursos. Tratadas ainda sem muitos detalhes, o texto destaca a importância do financiamento desses atores para manutenção do Fundo Global e da GAVI Alliance.

No entanto, é outro trecho do documento que melhor apoia um ponto central da análise sobre os discursos da Diretora. Ao afirmar que *“para chegarmos a nossas metas, foi necessário pedir o suporte de outros parceiros”* (WHO, 2003b, tradução própria), Brundtland deixa claro que o redimensionamento da OMS para uma atuação mais técnica era também uma questão de necessidade, frente aos desafios orçamentários da agência. A descentralização de obrigações da agência, assim, era encarada como primariamente inevitável.

Adicionalmente, a leitura atenta do relatório permite notar que a maior parte dos tipos de doença e determinantes tratados pela OMS não recebeu grande ajuda de OINGs. Nas discussões desenvolvidas, a atuação desses atores é destacada primariamente para doenças como malária e tuberculose, de grande visibilidade no sistema internacional. Evidência favorável às expectativas teóricas de que filantropias direcionam seus esforços para tipos específicos de doenças e tratamentos. Ainda que a falta de citações mais diretas a esses programas não seja uma evidência de certeza alta, essa ausência é sentida constantemente ao longo de diversos grupos de evidência nas análises – com o tempo, adquirindo maior potencial cumulativo para teoria.

O peso analítico deste relatório enquanto evidência, portanto, encontra-se na sua sinalização de tendências já expostas nos discursos analisados sobre a gestão de Brundtland. Adicionalmente, a discriminação de quais tipos de projeto da agência receberam ajuda mais robusta de OINGs podem ajudar a basear as próximas discussões sobre a atuação de instituições filantrópicas no período.

Evidência III: Prefácios de George Soros e Gro-Harlem Brundtland no documento “*Global Plan to Stop TB Phase 1: 2001 to 2005*”

Dentre as iniciativas apoiadas por Brundtland, a criação da Stop TB, em 2001, é destaque em seus discursos, promovida como instrumento para combate à tuberculose e disseminação dos protocolos de tratamento para doença. Aqui, os prefácios de George Soros e da própria Brundtland no documento de estabelecimento da primeira fase da iniciativa (STOP TB, 2001) ajudam a entender a lógica comum em ações de instituições filantrópicas. Com um favorecimento de ideais do mundo corporativo claramente presentes na fala de Soros, mesmo antes do conceito de filantropismo ser estabelecido na literatura.

Os outros prefácios presentes no documento são de: Desmond Tutu, arcebispo e ganhador do Prêmio Nobel da Paz, Andrew Natsios, à frente da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development, USAID*), e James Wolfensohn, então Diretor do Banco Mundial. A presença de Soros neste time indica que representantes de instituições filantrópicas estariam sendo seriamente considerados como atores relevantes em saúde global, e sua declaração indica um claro interesse em injetar ideais próprios desses atores na GHG.

Financiando projetos em uma gama de temas, incluindo saúde global, Soros é fundador da *Open Society Foundations* – à época desse documento chamada de *Open Society Institute*. Com um pleito de apoio ao estabelecimento da Stop TB, ele figura entre os nomes de destaque do documento analisado. Apesar de curta, sua declaração sinaliza uma visão particularmente próxima dos ideais filantropistas.

Descrevendo sua ligação com o combate à tuberculose desde projetos específicos na Rússia, o convite para apoio à Stop TB é descrito por ele de forma muito similar a uma transição corporativa, em suas palavras “*Eu precisava de um plano de negócios sólido para advogar por essa causa*” (STOP TB, 2001, tradução própria). Esse caminho de análise é apoiado pela parte final de sua declaração, na qual Soros claramente sinaliza a proximidade entre o mundo corporativo e a gestão de uma instituição filantrópica como a dele, promovendo essa postura

como desejável: “*Como empresário, eu apoio de forma veemente este plano como um investimento sólido. Como filantropo, insto você a apoiá-lo como um ponto de partida rumo a um mundo livre de tuberculose.*” (STOP TB, 2001, tradução própria).

O prefácio de Brundtland, por sua vez, é mais técnico. Focando em determinantes sociais do combate à tuberculose e explicitando problemas como o acesso desigual à medicamentos e o impacto da doença no desenvolvimento econômico dos países mais afetados. Adicionalmente, as recém-formadas Metas de Desenvolvimento do Milênio são citadas diretamente, com a necessidade do fortalecimento da Stop TB tendo esses objetivos como prerrogativa.

Aqui, a evidência analisada apoia algumas tendências esperadas para ação de filantropias, especialmente em sua defesa explícita de ideais filantropocapitalistas. A Diretora-Geral, novamente, demonstra ciência da importância de PPPs para que a agência conseguisse chegar a seus objetivos, com a fala de Soros apontando que ele teria sido ativamente procurado como possível financiador desse instrumento. Não obstante, é da Diretoria da Stop TB que sairia o próximo Diretor-geral da agência, Lee Jong-Wook, indicando também a importância desses instrumentos na gestão Brundtland.

Evidência IV: Relatórios Anuais da BMGF (1998-2003)

O período analisado corresponde a um tempo a modificações profundas no campo da filantropia, com essas instituições caminhando a largos passos para consolidação da “nova era de ouro da filantropia” defendida em Rogers (2015). A BMGF, especificamente, passava por um processo de profunda transformação institucional, se tornando uma só instituição em 2000 – com a fusão da William H. Gates Foundation e da Gates Library Foundation.

Naturalmente, esse processo de consolidação institucional gera uma quebra marcada entre os dois primeiros relatórios (BMGF, 1998; BMGF 1999) e o restante dos documentos (BMGF, 2000; BMGF, 2001; BMGF, 2002; BMGF, 2003), com um crescimento notável de seu engajamento com temas em saúde global. Aqui, começam a se consolidar os focos direcionais de atuação da instituição que, como esperado teoricamente, mostram-se voltadas primariamente para doenças infecciosas de grande relevância no debate global. Não obstante, esses cinco anos também abarcam sua participação fundamental na construção e financiamento da GAVI Alliance e do Fundo Global, onde exerceu prerrogativas comparáveis às da OMS.

Analisando os relatórios de forma sequencial, nota-se que a busca institucional por relevância estava presente desde o estabelecimento da fundação. Nesta busca, um aspecto fundamental da

atuação da BMGF é posto desde os primeiros relatórios: seu uso de financiamento *earmarked* para intervenções em saúde global – como descrito em uma declaração do relatório de 1999 “*Uma mudança sistemática [dos problemas em saúde global] só existirá como resultado de financiamentos altamente focados e estratégicos*” (BMGF, 1999, tradução própria).

Adicionalmente, os relatórios do período contam com uma seção de projetos em destaque, o que ajuda a esclarecer seus padrões de financiamento. Em um primeiro momento majoritariamente voltados ao apoio à outras filantropias e parceiros menores, para que então aportes financeiros mais robustos fossem direcionados à OMS e parcerias público privadas.

Com relação à OMS, inclusive, as doações discriminadas denotam uso claramente pré-determinado, com foco inicial na reestruturação institucional da agência. Esse apoio institucional à OMS, em primeira análise, parece ir de encontro com expectativas de um foco mais estreito das instituições filantrópicas. Considerando o teor das reformas empreendidas por Brundtland já discutidas, no entanto, esse apoio institucional acaba diretamente ligado a modificações da agência que buscaram justamente uma diminuição de obrigações exercidas, abrindo espaço para uma maior relevância da BMGF.

Tal afirmação encontra apoio em uma análise do restante dos projetos apoiados, marcados por uma clara preferência pelos eixos previstos na teoria: doenças infecciosas de alta visibilidade e intervenções biomédicas, como a distribuição e desenvolvimento de vacinas e medicamentos. Essa preferência, inclusive, é destacada desde o início em “*Nossa maior prioridade continua sendo o apoio a esforços que estendam o acesso a vacinas que salvam vidas, e desenvolver novas vacinas*” (BMGF, 1999, tradução própria) e “*O desafio central das próximas décadas será o de compartilhar avanços que salvem vidas, como vacinas e novos medicamentos*” (BMGF, 2000, tradução própria).

O discurso de William Foege, abaixo, dá suporte a esse entendimento. Com o representante promovendo as estratégias da recém-estabelecida BMGF como estritamente necessárias a uma nova realidade em saúde global. Após os fracassos das gestões passadas em frear essas mudanças, o leque de opções da Diretora contra sua promoção se encontrava limitado.

Evidência V: Discurso de William Foege na Assembleia Mundial da Saúde (2000)

Em 16 de maio de 2000, a fusão que daria origem à BMGF ainda não tinha sido legalmente efetivada, mas sua primeira participação na Assembleia Mundial da Saúde já dava sinais claros de como a organização pretendia seguir nas duas décadas seguintes. O representante da BMGF

nessa ocasião foi William Foege, que também já tinha sido anteriormente o presidente do *The Carter Center* durante a década de 1980 (EMORY UNIVERSITY, s.d), outra instituição filantrópica com ampla participação em temas de saúde.

Sob a justificativa de estar buscando justiça social em saúde, Foege discute vários dos novos desafios em saúde global e como a presença de novas dinâmicas na OMS podem ajudar a superá-los – o que inclui uma cooperação crescente com agentes privados (FOEGE, 2001). A participação da BMGF na Assembleia Mundial da Saúde, e de outros agentes não-governamentais, é promovida com animação no discurso, que aponta que a OMS estaria “*se tornando mais forte ao apoiar aqueles que podem reunir coalizões em torno de um objetivo comum*” (FOEGE, 2001, tradução própria). A BMGF não esconde em nenhum momento seu desejo de estar mais presente em discussões globais, e no discurso de Foege alguns dos vícios amplamente discutidos sobre a participação de filantropias em saúde já se mostram, ainda que de maneira mais tímida do que em anos seguintes.

Reforçando a relação íntima entre instituições filantrópicas e o setor privado, elogios diretos são feitos a indústria farmacêutica e seu papel na promoção de saúde global: “*Já imaginamos que chegaríamos a um tempo que companhias farmacêuticas se uniram a batalha contra doenças em países em desenvolvimento*” (FOEGE, 2001, tradução própria). Alguns anos depois desse discurso, a BMGF adquiriria ações importantes em várias das maiores empresas farmacêuticas do mundo (BANK; BUCHMAN, 2002), agravando as preocupações sobre a relação entre o setor privado e filantropias para GHG.

Nesse momento, portanto, é marcada a ideia de que filantropias em saúde podem operar em bases muito similares às de uma empresa, similar ao encontrado na declaração de George Soros. Este viés favorece tratamentos que tenham um melhor custo-benefício percebido de investimento, a despeito do que medidas fundamentadas de mortalidade e morbidade podem indicar. Em conjunto a essa característica, surge também um incentivo direto à descentralização de esforços por parte da agência, posta em “*A OMS está se tornando mais forte ao participar de, e às vezes apoiar, coalizões fora de sua estrutura usual*” (FOEGE, 2001, tradução própria)

O que essa evidência demonstra, para este trabalho, para além da atuação de instituições filantrópicas no período Brundtland estar se tornando mais ativa, é que os membros dessas filantropias tinham intenções expressas de modificar as estruturas da gestão global de saúde. Assim como nos discursos de Brundtland, o público que escutava a fala de William Foege é uma questão central, e mostra como a promoção de valores específicos em uma arena como a

Assembleia Mundial da Saúde pode ajudar as filantropias a promoverem sua visão de saúde, potencialmente influenciando as ações dos Estados-membros ali representados.

Evidência VI: Relatório do primeiro ano de funcionamento do Fundo Global (2002-2003)

Inaugurado em 2002, o Fundo Global é outra das iniciativas mais relevantes do período; reunindo governos nacionais, agências bilaterais, OIGs, o setor privado e instituições filantrópicas em esforços para o financiamento a programas locais de tratamento de suas três doenças focais: AIDS, Tuberculose e Malária. Um desenvolvimento ativo das novas dinâmicas em saúde global, esse relatório (GLOBAL FUND, 2004) permite olhar para como a iniciativa descrevia sua própria estrutura, permitindo uma verificação de diferenças entre o papel exercido pela OMS e por instituições filantrópicas naquele momento, indicativo de mudanças sensíveis nas dinâmicas da governança global em saúde.

Na descrição de como cada ator contribuiria com a iniciativa, a OMS aparece especificamente como parceira de agências bilaterais e governos doadores, assim como membro não-votante no conselho administrativo, com um papel exposto de aconselhamento técnico. Em contraste, a BMGF é representante das filantropias com assento votante e equitativo no conselho, e atua diretamente nas decisões e compartilhamento de informações entre novas parcerias; outras filantropias são ativas, ainda, através de financiamentos e programas em parceria com o fundo.

Essa configuração remete às discussões sobre perda de centralidade da OMS nas últimas décadas, colocada aqui em um papel de menor relevância do que o grupo das filantropias envolvidas – em uma situação inversa à Assembleia Mundial da Saúde, é a agência que acaba ficando como membro observador, sem voto. A promoção do Fundo Global nos relatórios da BMGF, por sua vez, já evidenciava que essa distribuição de forças é vista positivamente pela fundação.

Ainda que seja possível argumentar que essa configuração tomada pelo Fundo Global seja resultado apenas do montante doado por cada ator, o conjunto das evidências discutidas para o período Brundtland tendem à percepção de que a construção de parcerias público-privadas são pontos complexos. Para a agência, essas iniciativas serviriam de instrumento para manutenção de alguma centralidade no debate global, delegando tarefas que iam além de suas capacidades orçamentárias. As filantropias em ascensão, por sua vez, podem aproveitar esse espaço para mover as dinâmicas em saúde global além do domínio puro da OMS, servindo também como promotoras dos vieses específicos sobre quais estratégias em saúde deveriam ser adotadas.

Abaixo, o potencial cumulativo dos grupos de evidências analisados é discutido enquanto retrato dos processos relevantes em saúde global no período Brundtland. Apesar de evidências mais robustas serem necessárias para desmobilizar possibilidades alternativas de explicações, as sinalizações encontradas tenderam a confirmar as expectativas postas na metodologia. O estilo de liderança de Brundtland, adicionalmente, parece ter sido especialmente relevante na determinação do espaço pelo qual instituições filantrópicas puderam buscar maneiras de promover sua influência.

5.1.2 Panorama do período Brundtland

Como evidências históricas já apontavam, o período de 1998-2003 ainda conta com uma participação mais tímida das instituições filantrópicas, assim como um reconhecimento limitado por parte da OMS sobre esses novos atores em ascensão. A relação encontrada se intensifica nos próximos anos, mas algumas de suas bases mais importantes já estão postas nesse primeiro momento. Em especial, como a aceitação por parte da OMS do surgimento de novas entidades em saúde global aparece como necessidade para sobrevivência, mas acompanhada de estratégias para manter seu protagonismo.

Reformas institucionais da OMS nesse período demonstram uma mudança no entendimento das obrigações da agência. Potencialmente influenciados por pressões diversas associadas ao processo de globalização em saúde, que acabam favorecendo uma tomada de espaço pelo mundo filantrópico. A BMGF, em especial, dava seus primeiros passos no campo de saúde global já com um discurso contundente de seu representante na Assembleia Mundial da Saúde.

A força dessas evidências nesse momento, contudo, ainda não permite uma descredibilização mais sólida de teorias alternativas que podem ter influenciado as escolhas da OMS no período, apesar dos testes indicarem com alguma certeza a presença de ideais filantrocapiitalistas nas falas de representantes filantrópicos.

5.2 Os anos Lee Jong-Wook e Anders Nordström (2004-2007)

Escolhido em uma eleição muito mais acirrada que a de Brundtland (CUETO et al, 2019c), o tempo do médico sul-coreano Lee Jong-Wook na OMS foi interrompido prematuramente por sua morte. Sua relação com a agência, porém, precedia a Diretoria: quando eleito, já tinha liderado o Programa de Vacinas e Imunizações da OMS e feito parte da Diretoria da Stop TB (KOFIH, 2020).

Com um estilo de liderança menos expansivo, Lee reverteu algumas das mudanças empreendidas por Brundtland – em especial, minimizando seu entusiasmo com parcerias

público privadas. Apesar dele mesmo ter feito parte de uma, os últimos quatro anos tinham mostrado que essas iniciativas vinham acompanhadas de uma série de problemas: direcionando esforços para tratamentos específicos e verticalizados, que muitas vezes não tinham sustentação nos sistemas de saúde deficitários dos países-alvo (BIESMA et al, 2009).

Outros destaques da era Lee incluem a criação da Comissão Sobre Determinantes Sociais de Saúde (*Commission on Social Determinants of Health*, em inglês) e a promoção da ideia de Cobertura Universal em Saúde (*Universal Health Coverage*, em inglês) (CUETO et al, 2019b). Dois movimentos que distanciaram a OMS do papel mais técnico promovido por Brundtland, favorecendo processos integrativos com outras dimensões sociais da GHG.

Uma década após o encerramento do Programa Global contra o HIV/AIDS, durante a gestão Nakajima, Lee focou novamente os esforços da agência para esse tema (CUETO et al, 2019a). Seu programa “3 by 5” visava levar o acesso de antirretrovirais contra a doença para 3 milhões de pessoas até 2005, meta que chegou longe de ser atingida, e novamente associou o tratamento do HIV/AIDS a uma desconfiança dos Estados-membros com a OMS (CUETO; LOPES, 2021).

No período, instituições filantrópicas aumentaram exponencialmente seus montantes de contribuições voluntárias e foram integradas mais amplamente às ações da agência, com Bill Gates sendo convidado a discursar na Assembleia Mundial da Saúde pela primeira vez. Ao mesmo tempo que consolidavam sua “nova era dourada”, essas instituições também atuavam de forma a descentralizar posições de autoridade na governança global em saúde, conferindo à OMS um papel mais secundário em diversos momentos (LIDÉN, 2014; GOSTIN et al, 2015; ROGERS, 2015).

Como primeira evidência para o período, os discursos do Diretor-Geral são novamente destacados, agora em um contexto mais claramente favorável a instituições filantrópicas. Adicionalmente, a passagem do Diretor-Interino Nordström se desenrolou em termos primariamente burocráticos, não criando diferenciações aparentes de liderança para análise.

Evidência VII: Discursos de Lee Jong-Wook na Assembleia Mundial da Saúde (2004-2006)

Representando a transição entre dois Diretores-Gerais, estes discursos (WHO, 2004; WHO, 2005; WHO, 2006) servem ao propósito adicional de pontuar as principais diferenças de seus estilos de liderança. Ao longo dos anos Lee, percebe-se um ímpeto de reforma muito menos marcado do que nos anos anteriores, e quando este existe costuma reverter mudanças recentes.

A relação com agentes não-governamentais aparece de forma mais naturalizada, com menções diretas à BMGF e um convite para que Bill Gates discursasse na Assembleia Mundial da Saúde.

De fato, Lee dedica maior parte dos discursos elucidando quais questões sanitárias estariam no foco da agência daquele momento, promovendo um papel ativo da OMS em intervenções. Esse tom é possibilitado por um aumento nas contribuições extraorçamentárias, que já correspondiam a 75% do total de recursos financeiros disponíveis para agência (CUETO et al, 2019b). O Diretor, ademais, não demonstra de forma explícita preocupações com o que essa configuração poderia significar para flexibilidade de atuação da OMS.

Outro grande foco de Lee é o resgate do combate ao HIV/AIDS, representado pelo objetivo “3 by 5”. Esta movimentação pode indicar um retorno da agência para um papel central na governança global em saúde, ou pelo menos a intenção do Diretor de realizar esse movimento. Mesmo que o “3 by 5” não tenha conseguido seu objetivo, a participação dele nas falas do Diretor indicam esforços para manutenção da centralidade da OMS, posta como uma *“iniciativa que vai acelerar significativamente o cumprimento da Meta de Desenvolvimento do Milênio”* (WHO, 2004, tradução própria).

Neste ponto, falas críticas sobre as mudanças trazidas pela globalização são majoritariamente suprimidas, revertendo o foco para um entusiasmo com o surgimento de novas tecnologias as novas fontes de financiamento em saúde global: *“Níveis sem precedentes de vontade política e recursos financeiros estão agora focados na luta contra o HIV/AIDS, tuberculose e malária, particularmente através do Fundo Global e outras formas de apoio multilateral e bilateral”* (WHO, 2004, tradução própria).

Ao fim, uma fala do Diretor em seu último discurso resume bem o tipo de liderança estabelecida no seu curto período de gestão: *“Na minha visão, reformar a ONU não é um evento anual, mas o trabalho de todo dia”* (WHO, 2006, tradução própria). Apesar de medidas para promoção de *accountability* e transparência da agência serem citadas, sua atuação buscou primariamente a uma manutenção dos programas existentes, apaziguar as contendas sobre crises orçamentárias na agência e, em especial, destacar alguns dos novos encabeçados pela agência.

Esse último ponto sinaliza que, apesar de menos ativo em reformas institucionais, Lee demonstra intenções de manter o protagonismo da agência. Fazendo proveito do aumento de financiamento filantrópico à época, Lee promove programas amplos dentro da própria agência sem a intermediação ampla de estruturas público-privadas, ainda que as iniciativas criadas na gestão de Brundtland continuassem relevantes.

Por hora, esse grupo de evidências se soma ao argumento construído na subseção anterior: Diretores-Gerais da OMS defendem a centralidade da agência e buscam reformas que mantenham sua relevância no sistema. Um novo contexto, todavia, leva Lee a um caminho distinto para essa ação.

Evidência VIII: Fala de Bill Gates na Assembleia Mundial da Saúde (2005)

A abertura para que Bill Gates discursasse na Assembleia Mundial da Saúde mostra um movimento de ascensão da filantropia em saúde global na gestão Lee. Sinalizando que aquele espaço estaria aberto a representantes dessas instituições e, especialmente, de que suas contribuições estariam sendo vistas como relevantes. Gates, por sua vez, aproveita a oportunidade para promover um modo de pensar particularmente próximo dos pontos levantados sobre filantropismo, apontando sua trajetória corporativa como essencial na determinação dos projetos da BMGF: *“Minha formação, claro, é em tecnologia de informação, e sei que isso é muito diferente de saúde global. Mas acredito que ela nos traz uma lição útil”* (GATES, 2005, tradução própria).

Em grande medida, sua declaração foca em denunciar a desigualdade no acesso à tratamentos de saúde entre países ricos e pobres. Esse viés social parece à primeira vista ir de encontro com as expectativas de foco biomédico para filantropias. Os caminhos para superar a mazela social da desigualdade propostos por Bill Gates, no entanto, voltam a exibir as características esperadas: um caminho primariamente biomédico e focado em intervenções pontuais, mesmo reconhecendo a origem sistemática desses problemas. Característica clara no seguinte trecho, sobre estratégias para superação dos problemas apontados *“Pesquisadores deveriam estar buscando intervenções que não só são efetivas, mas também baratas para produzir, de fácil distribuição e simples de administrar”* (GATES, 2005, tradução própria).

Como teorizado, intervenções são determinadas com base em sua capacidade de entregar resultados rápidos e facilmente mensuráveis, possibilitadas pelo surgimento de novas tecnologias. Gates responde a críticas sobre esse caráter estrito das intervenções ao afirmar que *“Eliminar a pobreza é uma meta importante. Mas o mundo não precisou eliminar a pobreza para erradicar o sarampo”* (GATES, 2005, tradução própria). Nesta dinâmica, o fortalecimento de sistemas de saúde e a superação de dificuldades socioeconômicas são vistos como objetivos menos relevantes, ou pelo menos de responsabilidade exclusiva dos Estados. Uma promoção de valores que essencialmente esvazia o conceito amplo de saúde defendido na OMS, e postura esperada na delimitação dos testes de teoria.

As problemáticas que acompanham essa promoção já foram discutidas nos capítulos anteriores, mas nesta evidência estão alinhadas mais especificamente ao incentivo para que Estados-membros da OMS sigam a mesma lógica. Postura mais clara ao passo que Bill Gates incentiva que governos aumentem suas doações para agência, mas que estes devem “*Garantir que seus esforços gerem resultados.*” (GATES, 2005, tradução própria).

Ao fim, a análise da evidência direciona ao entendimento de que Bill Gates instrumentalizou sua fala para promoção de valores específicos alinhados à BMGF, mesma apontamento encontrado no discurso de William Foege e no prefácio elaborado por George Soros para a iniciativa da STOP TB. Em conjunto, essas sinalizações apoiam as expectativas teóricas específicas sobre a promoção de vieses por filantropias, tanto sobre o tipo de doença em foco, quanto na aproximação com o mundo corporativo.

Evidência IX: Relatórios Gates Foundation (2004-2006)

A análise dos relatórios anuais da BMGF (BMGF, 2004; BMGF, 2005; BMGF, 2006) no período permite esclarecer alguns pontos relevantes: em especial, como a instituição mudou sua estrutura e aumentou o número de investimentos em saúde global, e como sua relação com o sistema internacional se consolidou.

Notadamente, as declarações da Diretora-Executiva Patty Stonesifer nesses documentos ilustram uma BMGF mais preocupada com a transparência de suas operações e abrindo espaço para questões de desenvolvimento social – posição não prevista teoricamente. Sobre esse primeiro ponto, há o reconhecimento inédito das críticas existentes sobre a transparência de suas decisões, justificado pela Diretora com a declaração de que “*conforme colaboramos com financiadores públicos e privados em larga escala, nossos parceiros, recipientes, co-fundadores e o público devem saber mais*” (BMGF, 2005, tradução própria).

Em um esforço para responder a esses questionamentos, Patty Stonesifer promove a criação de painéis de aconselhamento em cada um dos eixos de trabalho, aumentando o número de vozes ouvidas na escolha dos projetos financiados pela fundação e medidas para evitar conflitos de interesse com empresas e recipientes de doações. Estratégia que se liga diretamente à discussão sobre legitimidade e transparência discutida em Tortajada (2016), indicando uma busca da BMGF por mitigar críticas para manutenção dos trabalhos de cada instituição.

Programaticamente, os projetos de destaque da fundação continuam a seguir o mesmo padrão do período anterior, incluindo o combate ao HIV/AIDS, malária, tuberculose e meningite.

Parcerias em saúde global que contavam com a participação da BMGF também recebem reforços, como a introdução do *International Finance Facility for Immunization* (IFFIm) em suporte à GAVI Alliance, e a continuidade do financiamento direto ao Fundo Global. Esse é um foco claramente explicitado nos relatórios:

“Nós focamos nosso financiamento em programas que têm o potencial de trazerem o maior benefício para o maior número de pessoas. Focamos nosso financiamento em duas áreas prioritárias: pesquisa para desenvolver novas soluções em saúde, e programas que expandam o alcance das ferramentas já existentes em saúde” (BMGF, 2004, tradução própria).

A maior sinalização de ampliação do foco da fundação para temas mais sociais, todavia, ocorre através da criação do setor de Desenvolvimento Global em 2006, estabelecido como novo eixo de trabalho da BMGF.

O aumento em suas atividades é possibilitado por uma doação equivalente a mais de 30 bilhões de dólares pelo bilionário Warren Buffett. Através desse montante, a instituição planejava aumentar o financiamento anual de projetos de 1.6 bilhões de dólares para 3.2 bilhões, até 2009. Duas declarações relacionadas a essa doação se destacam por motivos distintos: no primeiro ponto, a informação que Buffet teria “*pedido que acelerássemos nosso trabalho nas áreas que já tínhamos identificado, ao invés de adicionar novas áreas*” (BMGF, 2006, tradução própria), suplementada pela fala de que “*o que mais me preocupa com nosso crescimento é que isso pode fazer com que outros se afastem de problemas críticos em saúde [...]. A última coisa que queremos é que achem que temos tudo sob controle*” (BMGF, 2006, tradução própria).

Essas pontuações apoiam tendências que marcam presença em quase todos os relatórios do período: uma limitação do tipo de trabalho estabelecido na BMGF, e um reforço da ideia de que outros agentes também são importantes. No contexto em análise, esse posicionamento permite que BMGF se distancie das preocupações em saúde global com as quais ela não estaria diretamente interessada.

Ainda neste debate, a fundação chega a usar o argumento de estar promovendo pesquisa em áreas e enfermidades negligenciadas, mas seu financiamento no período se encontra primariamente nas mesmas questões de alta visibilidade. Aqui, evidências que apoiam o ímpeto de descentralização por parte da fundação reaparecem, e mesmo quando existe apoio a pesquisas alternativas, a OMS está longe do foco – a meta do “3 by 5”, por exemplo, não aparece em nenhum dos relatórios.

A ausência quase total de citações diretas à OMS, não obstante, é a característica mais marcante dos relatórios no período. No lugar de investir diretamente nos programas da agência, seus

esforços descentralizam a pesquisa e desenvolvimento de intervenções em iniciativas diversas – tendência especialmente clara quando comparada com a atuação da BMGF nos anos Brundtland. Apesar de Lee Jong-Wook ter minimizado o foco em parcerias público privadas no período, iniciativas desta natureza continuam a ser apoiadas com frequência pela BMGF, potencialmente pelo papel mais relevante que a fundação exerce em suas Diretorias e corpos decisórios.

Ao fim, os últimos pontos discutidos trazem uma sinalização de alargamento das funções da BMGF e de reconhecimento sobre críticas recorrentes a seu trabalho. Com isso, verifica-se um panorama de atuação filantrópica mais amplo do que inicialmente esperado, mas tendências mais sólidas sobre a natureza dos projetos analisados continuam a prevalecer – agora, saindo da alçada direta da OMS com mais frequência.

Evidência X: Projetos financiados pela Wellcome Trust (2005-2007)

Um caminho comum de ação das instituições filantrópicas em saúde é o apoio à pesquisa médica, foco principal das atividades da *Wellcome Trust*. Filantropia britânica fundada em 1936, ela é um dos maiores nomes em financiamento filantrópico de pesquisa em saúde global - inclusive com eixos dedicados a temas como saúde mental, menos frequentes no universo filantrópico (WELLCOME TRUST, s.d).

Infelizmente, a disponibilização pública organizada de financiamentos da *Wellcome Trust* só se inicia em 2005, com possíveis informações relacionadas ao primeiro ano de gestão Lee não podendo ser incluídas. De toda forma, a base de dados disponibilizada (WELLCOME TRUST, 2023), mostra que instituição financiou no período analisado mais de 2000 projetos, instituições ou pesquisadores individuais. Quantias alocadas variaram entre poucas centenas de dólares, até uma cifra máxima de mais de 16 milhões de dólares. Dentre os 184 projetos financiados com mais de um milhão de dólares no período, a grande maioria foi direcionada para universidades e centros de pesquisa, seguidos em menor escala por parcerias diretas com indústrias farmacêuticas.

A atuação da Wellcome Trust se mostra nesses dados mais variada do que inicialmente esperado, com financiamentos indo para uma gama ampla de projetos e instituições apoiados tecnicamente. Ademais, doenças infecciosas e um olhar biomédico permanecem em foco majoritário. A maior evidência em favor dos mecanismos teorizados, contudo, está na visível descentralização de atividades para fora da OMS.

De fato, só são reportados três financiamentos diretos à agência no período: todos de valor baixo e para objetivos burocráticos e operacionais dos programas de pesquisa da agência. Levando em consideração o montante total de recursos disponibilizados pela fundação nesse período, é claro que a OMS não é o foco de sua atuação – apesar da *Wellcome Trust* manter relações oficiais com a agência.

Com essa discussão, traz-se um pouco mais de nuance às discussões que vinham sendo desenvolvidas até agora. Para o período Lee, o foco das instituições filantrópicas se mostrou muito mais voltado à descentralização de atividades em saúde global ao longo do sistema internacional. A presença de financiamentos em uma gama mais ampla de assuntos pela *Wellcome Trust* é notável, desafiando um ponto central do mecanismo em teste.

5.2.1 Panorama do período Lee

Mesmo que interrompida prematuramente, a gestão Lee indica um estilo de gestão marcadamente diferente de sua predecessora. Essa característica aponta para importância da liderança de cada Diretor no posicionamento da agência. Em destaque, está sua escolha de aproveitar o financiamento extraorçamentário crescente para promoção de projetos próprios da agência, ao passo que instituições filantrópicas tenderam a deixar a agência de lado com mais frequência.

Naturalmente, a mera ausência de investimentos diretos mais robustos à OMS dentro os destaques das duas instituições analisadas não é uma evidência particularmente robusta de descentralização – especialmente considerando que o montante total direcionado à agência por via filantrópica cresceu no período. Todavia, já é possível notar alguma tendência de favorecimento à instrumentos externos à agência, em comparação aos anos Brundtland – o entusiasmo da Diretora com essas iniciativas, inclusive, pode ter sido propulsora dessa mudança.

Ademais, também foi possível notar uma diversidade maior dentre os projetos apoiados pelas instituições filantrópicas e um reconhecimento expresso das críticas a sua atuação. Juntos, essas evidências podem direcionar ao entendimento de que há maior nuance do que inicialmente esperado na atuação filantrópica corriqueira. Um corpo de evidências maior, entretanto, ainda é necessário antes de afirmações mais concisas.

Algumas dessas evidências podem ser conferidas na próxima subseção, inseridas em um contexto particularmente tumultuoso em saúde global. Chan teve de enfrentar não só um

crescimento acelerado das instituições filantrópicas em saúde, mas também uma gama de outros desafios econômicos e sanitários relevantes.

5.3 Os anos Margaret Chan (2007-2016)

Navegando por tensões políticas históricas entre os Estados-membros da OMS, a eleição da Dra. Margaret Chan foi amplamente respaldada pela China, seu país de origem (YOUDE, 2018)³. Tendo ficado no cargo por uma década, o maior período dentre os Diretores analisados, é natural que a gestão de Chan tenha passado por modificações ao longo dos anos. Dentre os propulsores mais relevantes para essas mudanças, há um foco especial na crise econômica de 2008.

Com os baques nos orçamentos nacionais dos países, o nível de investimento em OIGs como a OMS sofreu quedas sensíveis no pós-2008, tendência que influenciou diretamente a adoção de reformas institucionais profundas por Margaret Chan (CUETO et al, 2019c). Como resultado, inicia-se um processo de redefinição dos eixos de atuação da organização, os encaminhando na direção das Metas de Desenvolvimento do Milênio (*Millenium Development Goals*, MDGs), cujo prazo final de 2015 se aproximava.

Esse movimento também reforçou seu ceticismo com a participação de agentes externos na OMS. Em suas declarações analisadas, Chan traz críticas contundentes à influência de agentes externos nas ações da agência, destacando a preferência de filantropias pela criação de instrumentos internacionais que lotam o sistema internacional e duplicam esforços, sem coordenação para melhores resultados.

As preferências geralmente defendidas por instituições filantrópicas também passaram a ocupar um espaço mais controverso para Diretora. Novos hábitos populacionais trazidos pela globalização vinham elevando os níveis de penetração e mortalidade das condições não-comunicáveis – impulsionadas por dietas pobres em nutrientes, uso de cigarro e maior sedentarismo das populações (VINEIS et al, 2014). Os esforços para lidar com essas questões, porém, são limitados na OMS pelas restrições impostas pelas doações *earmarked* que formavam parte majoritária de seu orçamento.

Em decorrência de uma reunião desses elementos, as reformas empreendidas por Margaret Chan incluem um processo de redefinição das relações entre OMS e agentes não-

³ Margaret Chan também foi Diretora do Departamento de Saúde de Hong Kong entre 1994 e 2003, tendo enfrentado epidemias críticas de gripe aviária e do vírus SARS. Nestas ocasiões, sua atuação foi amplamente criticada (USAID, 2011).

governamentais. Com instrumentos específicos para limitação de conflitos de interesse e influências irregulares, o Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais (FENSA) é aprovado em 2016. Ainda que o conteúdo desta reforma não seja explorado em maiores detalhes pelo trabalho, ela se estabelece como resposta ao crescimento claro da relevância de OINGs na agência durante o período analisado e representa o ponto final das análises.

Evidência XI: Discursos de Margaret Chan na Assembleia Mundial da Saúde (2007-2016)

Com o período de gestão de Margaret Chan coincidindo com o aumento marcado da participação de filantropias em saúde global, é natural esperar que menções a esses agentes se tornassem mais frequentes. Os primeiros discursos realizados apoiam essa expectativa, com uma postura mais severa em relação a agentes não-governamentais do que nas gestões anteriores. Todavia, uma sucessão de acontecimentos relevantes muda o foco de suas falas ao longo do tempo: incluindo a crise econômica mundial de 2008, os surtos de H1N1 e Ebola e a chegada do prazo final para as MDGs.

Antes disso, porém, Chan tem tempo para expor alguns dos seus pontos de crítica. Contextualizando reformas na OMS na sua fala com argumentos contundentes de que:

O cenário [internacional] está lotado. Mais atores internacionais estão trabalhando em saúde do que em qualquer outro setor. Em muitos casos, os esforços se sobrepõem, resultados são fragmentados e atividades não se alinham com as prioridades e capacidades dos países (WHO, 2007, tradução própria).

Enfrentamos um dilema fundamental. Múltiplas iniciativas foram criadas para entregar resultados específico em saúde. A habilidade de entregar esses resultados depende de um sistema de saúde funcional. Ainda assim, o fortalecimento de sistemas de saúde não é sempre um propósito central dessas iniciativas (WHO, 2007, tradução própria).

Esses pontos não só trabalham diretamente em cima das problemáticas teoricamente definidas sobre instituições filantrópicas, em seu foco limitado que pode gerar potencialidades negativas, mas também estabelece um estilo mais ativo de liderança para Chan. Assim como Lee, a Diretora viu o orçamento da OMS crescer vastamente desde a década de 1990, mas é muito mais crítica da forma com que esses recursos vem atrelados a tendências nocivas em saúde global.

No estabelecimento da crise econômica, porém, esse tipo de crítica mais direcionada some temporariamente. Em seu discurso de 2009, os efeitos da crise financeira já eram sentidos em todo o globo e a fala de Chan adquire outros contornos. Em destaque, os riscos de o mundo em desenvolvimento ser desproporcionalmente afetado pela quebra da economia global: “*a atual*

crise econômica vai diminuir riquezas e afetar índices de saúde, mas o impacto será maior no mundo em desenvolvimento” (WHO, 2009, tradução própria). Avaliando que naquele momento era esperado que Estados-membros diminuíssem sensivelmente suas contribuições para agência, tensões com instituições filantrópicas podem ter sido evitadas pela Diretora para evitar maiores escoamentos no orçamento da agência.

No mesmo período, a pandemia de H1N1 iniciada em 2009 gera um dos maiores baques da gestão de Chan. O tratamento da agência sobre a doença sendo amplamente considerada precipitada e exagerada pelos Estados-membros (OIKKONEN, 2022). A Diretora reconhece em suas falas algumas dessas críticas, mas retoma também críticas contundentes ao estado do financiamento externo dentro da organização. Nas declarações mais contundentes de um Diretor-Geral até aqui:

Doadores internacionais, parceiros e os próprios governos falharam no apoio a políticas, estratégias e prioridades nacionais em saúde. Isso contribui para fragmentação, duplicação, criando demandas e custos, comprometendo a autonomia nacional (WHO, 2010, tradução própria).

Um fetichismo quase desejável sobre o valor da ajuda internacional, com a culpa sendo atribuída à governança dos países recipientes, foi substituída pelo reconhecimento que as políticas e comportamentos dos doadores também podem ser responsáveis [por falhas]. O *accountability* dos resultados deve ser mútuo. (WHO, 2010, tradução própria).

Destas declarações, pode-se notar não só o esforço para manutenção do papel protagonista da agência, mas também a identificação de várias tendências negativas associadas ao trabalho de instituições filantrópicas no arcabouço teórico. Como vem sendo de praxe nos discursos analisados, porém, filantropias não são diretamente apontadas como únicas responsáveis por esse movimento – diminuindo a certeza de qualquer afirmação atribuída à evidência.

Nas suas últimas falas, o foco da Diretora recai sobre as Metas de Desenvolvimento do Milênio e seu prazo final de 2015. Ainda que muitas das metas traçadas em 2000 não tenham chegado a sua completude, a Diretora usa dos discursos para destacar resultados positivos do trabalho da agência. Com a substituição das mesmas Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), após 2015, entra em foco mais direto o crescimento da relevância de condições não-comunicáveis – ainda com pouco foco das instituições filantrópicas. Sobre esse tema, Chan destaca a ligação dos hábitos de risco para essas condições e interesses do setor privado, apontando que *“muitos dos fatores de risco para doenças não-comunicáveis são amplificados pelos produtos e práticas de grandes forças economicamente poderosas”* (WHO, 2013, tradução própria).

Tendo enfrentando as crises de H1N1 e Ebola, Chan busca o estabelecimento de fundos na OMS que possam ser usados de forma flexível, principalmente frente a emergências sanitárias inesperadas. Essa movimentação deriva da influência majoritária de doações *earmarked* no período, e é um dos pontos centrais para o início do processo amplo de reformas institucionais em sua gestão, analisados em maior destaque abaixo, mas cuja importância pode ser resumida na declaração de Chan de que este seria: “*Um período de mudança fundamental para OMS, no qual nossas funções técnicas e normativas tradicionais serão aumentadas pelas capacidades operacionais necessárias para responder à crises sanitárias e humanitárias*” (WHO, 2016, tradução própria).

Evidência XII: Discurso de Margaret Chan na sessão especial sobre reformas da OMS na Diretoria Executiva + Relatório “WHO in need of reform”.

Prestes a pleitear sua reeleição, Chan inicia em 2011 o processo de implementação de uma série de reformas pelas quais sua gestão ficaria marcada. Tratando de uma gama vasta de pontos, as propostas relacionadas à dinâmica da agência com atores não-governamentais servem de base para aprovação do Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais, alguns anos depois. Nesta análise, dois documentos são incluídos: seu discurso para Diretoria Executiva da OMS (EXECUTIVE BOARD, 2011a), na sessão especial que discutiria essas reformas, e o relatório produzido pela Diretora sobre o assunto (EXECUTIVE BOARD, 2011b).

Para Diretoria Executiva da OMS, Chan volta a defender o protagonismo da agência, através de uma série de reformas administrativas, de governança e de prioridades da agência. Esse objetivo é claramente exposto em sua fala, que atribui o processo de reformas a demandas por uma OMS líder em saúde global: “*Acima de tudo, vocês queriam que a OMS mantivesse seu papel de liderança em saúde global*” (EXECUTIVE BOARD, 2011a, tradução própria).

Repetindo a estrutura delineada em seu discurso, Chan inicia o relatório exposto com os três objetivos centrais das reformas: melhorar índices de saúde pelo globo, buscar eficiência nas atividades da agência e, de forma mais diretamente relevante, garantir uma maior centralidade da governança da OMS em saúde global. Essa se destaca como primeira citação direta de um Diretor-Geral a questões de governança dentre as evidências analisadas.

O primeiro desses eixos é programático, e inclui entre as propostas de Chan um foco maior em condições não-comunicáveis, uma área onde a agência deveria exercer liderança segundo a Diretora. Nesta dimensão, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são novamente pontuados como determinantes centrais da atuação da agência, em suas palavras “*o avanço das*

doenças não-comunicáveis se coloca como uma clara ameaça ao crescimento sustentável” (EXECUTIVE BOARD, 2011b, tradução própria).

O eixo administrativo das reformas, por sua vez, objetiva aumentar a eficiência, transparência e o financiamento da agência. Neste ponto, os empecilhos postos pela dominância orçamentária das doações *earmarked* não são diretamente citados, mas instrumentos propostos tratam diretamente da questão. Mais uma vez, o estabelecimento de vias de financiamento mais flexíveis é ponto destacado pela Diretora, especialmente relevantes em emergências sanitárias.

Por fim, o eixo de reformas em governança é o mais direcionado à influência de agentes não-governamentais, com Chan evocando explicitamente a discussão sobre governança global em saúde para adaptação ao novo contexto global:

O desafio de ampliar o engajamento [em saúde] para além dos governos e incluindo outras partes interessadas, ao mesmo tempo em que se promove uma maior coerência financeira e entre as políticas da agência é geralmente referida como governança global em saúde (EXECUTIVE BOARD, 2011b, tradução própria).

Aqui, há uma diferenciação clara com as gestões anteriores, com Chan condenando a criação de novos instrumentos internacionais em saúde e favorecendo a utilização dos órgãos já estabelecidos. A única exceção para essa proposta seriam instrumentos dedicados a doenças não-comunicáveis, justamente o tema preterido por instituições filantrópicas até então.

Mesmo que o tratamento direto a instituições filantrópicas seja tímido nos documentos analisados, há uma movimentação da Diretora em torno da mitigação dos efeitos negativos aos quais elas são associadas: emparelhamento do orçamento, foco deficitário em condições não-comunicáveis e ameaças a centralidade da OMS em GHG. Em conjunto, o discurso e relatório trazidos pela Diretora em 2011 parecem reforçar a expectativa da OMS enquanto ator tentando manter seu protagonismo, ao mesmo tempo que sinaliza a existência de problemas relevantes na governança global em saúde – aos quais instituições filantrópicas não são explicitamente ligadas, mas para quem a literatura já estabeleceu essas expectativas.

Evidência XIII: Relatórios Anuais Gates Foundation (2007-2016)

Assim como a OMS, a BMGF também passa por mudanças importantes nesta década. A Diretora-executiva Patty Stonesifer, no cargo desde o primeiro ano da BMGF, deixa a posição em 2007. Em seu lugar, entram Jeff Raikes (2008-2013) e Sue Desmond-Hellmann (2014-2020), que não só operam mudanças importantes na própria fundação, como também na estrutura dos relatórios anuais a serem analisados nesta subseção (BMGF, 2007; BMGF, 2008; BMGF, 2009; BMGF, 2010; BMGF, 2011; BMGF, 2012; BMGF, 2013; BMGF, 2014; BMGF,

2015; BMGF, 2016). Ao longo dos anos, os documentos passam a conter muito menos informações sobre projetos específicos e valores normativos da instituição.

Em seu último relatório, Stonesifer faz pontuações interessantes para o entendimento do novo eixo de apoio a projetos em Desenvolvimento Global, estabelecido em 2006. Em sua descrição, é possível notar que a inserção de preocupações relacionadas à saúde nestes projetos não está claramente delimitada: “*Em 2006, formamos o Programa em Desenvolvimento Global para aumentar as oportunidades de pessoas no mundo em desenvolvimento saírem da pobreza e fome*” (BMGF, 2007, tradução própria), ou seja, um viés mais puramente econômico.

Ainda assim, projetos de destaque do Programa lidam diretamente com várias das intervenções sociais em saúde das quais instituições filantrópicas tendem a fugir: incluindo programas nutricionais de fortificação de alimentos, apoio à agricultura familiar e saneamento básico. A discussão desses pontos, porém, ainda ocorre de maneira externa ao Programas de Saúde Global, que continua direcionado a intervenções localizadas. Uma maior integração dos dois eixos é proposta nos relatórios dos anos seguintes, mas elas continuam a se comportar como áreas distintas da fundação.

Ademais, um programa discutido em Linden (2014) é diretamente citado na despedida de Stonesifer: a criação do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME). Com financiamento parcial da BMGF, o IHME representa uma competição direta à OMS em uma de suas áreas mais tradicionais, a geração de dados sobre mortalidade e morbidade de doenças. A BMGF continua a direcionar maior parte de seus esforços para longe da OMS, promovendo instrumentos que atuam de forma semelhante a outros agentes pré-existentes – movimento muito próxima das críticas sobre superlotação do sistema internacional realizadas por Margaret Chan.

As falas de Jeff Raikes nos relatórios, por sua vez, trazem mais claramente evidências de um pensamento ligado ao filantropocapitalismo. Executivo da Microsoft desde 1981, Raikes emula alguns dos pontos vistos no discurso de Bill Gates já analisado, associando sua experiência corporativa com necessidades do mundo filantrópico:

Em suma, em um mercado como o de *software*, por vezes, você tem de investir em inovações que não chegarão ao mercado por mais uma década. [...] Fundações estão em uma posição similar. Muitas vezes, encontrar as melhores formas de ajudar pessoas a melhorarem suas vidas depende de anos de pesquisa e experimentação. (BMGF, 2008, tradução própria).

O ponto de aproximação entre os dois tipos de ator acaba sendo distinto das semelhanças apontadas por Gates, e preza por um pensamento de longo prazo que não é esperado dentre os

ideais filantropistas. Com o restante de sua fala sobre esse tema, porém, é possível identificar algumas das críticas sobre a falta de *accountability* na qual instituições filantrópicas navegam:

Empresas são obrigadas a buscar retornos financeiros, o que nem sempre coincide com retornos sociais. [...] Fundações, em contraste, têm mais Liberdade para inovarem em sua busca por retornos sociais. (BMGF, 2008, tradução própria).

Nesse contexto, reformas são empreendidas na estrutura da BMGF, e um trecho da carta do Diretor no relatório anual de 2011 se destaca: “*Historicamente, nosso foco em resolver problemas específicos tem nos impedido de dar um passo para trás e olhar as interrelações entre essas preocupações para desenvolver soluções mais holísticas*” (BMGF, 2011, tradução própria). O reconhecimento de que a fundação tendia a programas mais direcionados não é inédita, mas vem acompanhado pela primeira vez de uma busca por perspectivas mais holísticas em saúde, desafiando as expectativas teóricas colocadas.

No entanto, os registros financeiros dos relatórios no período estudados mostram que recursos para essa perspectiva integrada ocorrem em quantias muito menores, e condições não-comunicáveis continuam a ser primariamente ignoradas. No período, os contornos tradicionais do investimento da BMGF se mantêm, e programas de cunho mais social com consequências para indicadores de saúde se mantêm restritos ao eixo de Desenvolvimento Global.

Após Raikes, o período analisado ainda abarca alguns anos de Sue Desmond-Hall na Diretoria da fundação, representante que se distancia em alguns aspectos de seus predecessores. Anteriormente, Stonesifer tinha vindo do círculo pessoal de Bill e Melinda Gates, enquanto Jeff Raikes tinha um longo histórico profissional na Microsoft. Desmond-Hall, por sua vez, vinha de uma longa carreira acadêmica e se tornou a primeira médica no cargo de Diretora-Executiva da BMGF (DOUGHTON, 2014).

Na gestão de Desmond-Hall, o processo de diminuição das informações disponibilizadas nos relatórios anuais se intensifica; restando apenas uma breve introdução da Diretora e uma revisão dos eixos financeiros entre cada ano. De toda maneira, estes dados ainda servem para mostrar padrões de atuação da OMS: novamente, categorias de maior financiamento em saúde global tendem a doenças infecciosas e intervenções mais localizadas, enquanto propostas mais socialmente integradas são vistas apenas no eixo de desenvolvimento global.

Essa é uma escolha que acaba limitando as possibilidades de intervenção, mesmo numa fase de ampliação do foco da fundação. Como projetos de cunho mais social têm de passar obrigatoriamente por questionamentos sobre desenvolvimento, qualquer ideia que não gere

impacto econômico imediato e de fácil mensuração acaba sendo ignorado. Tendência que se soma à escolha de não trabalhar questões sobre condições não-comunicáveis com frequência.

Ao fim, esse período trouxe mudanças inesperadas na estrutura da BMGF e algum reconhecimento às críticas mais comumente associadas à fundação, especialmente notável no fortalecimento do eixo de projetos em desenvolvimento global. Sinalizando uma ampliação do foco da fundação, esse eixo acaba não se integrando plenamente com o de saúde global, e tendências gerais continuam a seguir intervenções mais localizadas e doenças infecciosas.

Evidência XIV: Discurso de Melinda Gates na Assembleia Mundial da Saúde (2014)

Após Bill Gates discursar em 2005 e 2011, a Assembleia Mundial da Saúde trouxe Melinda Gates ao seu palanque em 2014. Tendo exemplos anteriores dos quais partir, esse discurso é útil para análises sobre o amadurecimento da BMGF enquanto instituição. Especificamente, ajudando a esclarecer os achados sobre ampliação do foco da fundação para temas mais diversos, que vêm aparecendo nos últimos grupos de evidências.

Seu discurso, inclusive, trata diretamente desse amadurecimento, e após citar as duas vezes em que Bill Gates tinha subido naquele mesmo palanque, Melinda Gates afirma que: “Desde a primeira vez que vocês ouviram sobre o trabalho da nossa fundação, nossos valores não mudaram – e eles nunca irão mudar” (GATES, 2014, tradução própria). No restante de sua fala, esse ponto se mostra claro ao notar que, mesmo em questões de cunho social, ainda haveria uma preferência marcada por intervenções localizadas e de baixo custo.

Ilustrando essa tendência, está a discussão sobre saúde materna e infantil ao longo do discurso. Um dos temas que originaram as atividades da BMGF, antes mesmo dela se tornar uma única fundação, e talvez o aspecto mais socialmente amplo de seus primeiros trabalhos. Essa postura é clara na pontuação sobre as raízes desse problema na desigualdade entre países: “não podíamos acreditar que o rotavírus, um tipo de diarreia, ainda estava matando centenas de crianças por ano em países pobres, mas quase nenhuma em nações ricas” (GATES, 2014, tradução própria).

Essa é uma postura que desafia as expectativas postas no mecanismo, mas como já aconteceu com outras evidências, as soluções pelas quais Melinda Gates defende lidar com esse problema alinham-se claramente à preferência esperada do pragmatismo filantropista; favorecendo intervenções baratas, de resultados rápidos e facilmente publicizáveis. Mesmo reconhecendo

falhas dos sistemas de saúde, Melinda Gates tem como sugestão mais direta o fornecimento de intervenções de baixo custo – a exemplo de máscaras para reanimação respiratória em bebês.

Reforçando um ponto defendido anteriormente por Bill Gates, a fala da fundadora neste momento reforça uma divisão de tarefas e obrigações entre instituições filantrópicas, governos e OIGs. Ao falar com representantes dos Estados-membros, ela afirma: *“Vocês serão os responsáveis por traduzir esse plano em ação quando voltarem para casa. Nenhuma intervenção em saúde pública, não importa o quão bem-sucedida ela pareça em laboratório, pode ter sucesso sem sua liderança e administração”* (GATES, 2014, tradução própria).

Esse tipo de argumento não aparece em declarações da OMS, todavia, sendo identificada nas evidências trabalhadas primariamente como argumento das instituições filantrópicas para se afastarem de uma dimensão mais ampla de responsabilidades – ao mesmo tempo em que promovem sua visão específica como a mais adequada para o resto dos atores no sistema.

Evidência XV: Documento “An insight into the world of Foundation Botnar projects”.

Estabelecida em 2004, a filantropia suíça Foundation Botnar trabalha majoritariamente em temas relacionados à saúde e educação de crianças. A fundação publica relatórios anuais sobre seus projetos apoiados apenas desde 2017, mas disponibilizaram após pedido um resumo dos principais aportes doados desde sua criação até 2016 (FOUNDATION BOTNAR, 2023). A análise desse documento ajuda a entender algumas tendências previstas ao longo do tempo sobre a relevância de instituições filantrópicas em saúde, e reforça a discussão sobre heterogeneidade de instituições filantrópicas iniciada na análise dos projetos apoiados pela *Wellcome Trust*.

Na análise desse documento, é possível notar como a abordagem de instituições filantrópicas em saúde pode tomar caminhos distintos do esperado. Analisando os projetos apoiados pela Foundation Botnar, em contraste com a fala de Melinda Gates em 2014, há uma gama maior de atividades executadas, incluindo o apoio direto a sistemas de saúde locais e o aumento de acesso à informação para população.

Ausente do documento, porém, está qualquer citação direta à OMS, ainda que a fundação mantenha relações oficiais com a agência. Dentro do sistema ONU, o único projeto destacado é um apoio à UNICEF. Montantes financeiros da fundação mostram um crescimento sustentado ao longo dos anos, em uma virada que se inicia por volta de 2007; em congruência com a ideia de que ali estaria consolidada uma “nova era de ouro da filantropia” (ROGERS, 2015).

Como discutido anteriormente, a ausência de atribuições diretas à OMS dificilmente pode ser caracterizada como uma evidência particularmente robusta do ímpeto de descentralização do sistema internacional por si, mas a repetição dessa tendência ao longo dos anos e documentos analisados adquire algum valor cumulativo – no mínimo, indicando para pesquisadores futuros um caminho para análises mais detalhadas.

A Foundation Botnar, no entanto, tem uma capacidade operacional muito menor do que outras instituições filantrópicas. Em 2016, ano de maiores doações pela fundação, projetos apoiados receberam cerca de 3.5 milhões de francos suíços ao todo, muito menos do que doações da *BMGF*, *Rockefeller Foundation*, *Bloomberg Philanthropies* e outras fundações similares.

Junto da discussão iniciada com a *Wellcome Trust*, a maior variedade de projetos apoiados por instituições menores pode indicar que as expectativas teóricas sobre o foco filantrópico em doenças infecciosas e tratamento biomédico precisam passar por algum recorte. Seja pelo tamanho comparativo das instituições que demonstram essa maior diversidade ou ainda seus países de origem, visto que são justamente esses os exemplos fora dos EUA dentre as evidências coletadas.

5.3.1 Discussões gerais

De forma semelhante aos resultados encontrados para os outros dois Diretores, as expectativas teóricas iniciais parecem encontrar confirmação nas evidências dos anos Chan, mas há diferenças relevantes na forma com que cada entidade se comportou ao longo do tempo

De forma geral, Chan é a Diretora-Geral que mais defendeu a centralidade da OMS nas análises: através de reformas, mas também de críticas mais contundentes aos padrões de financiamento externo da agência. Simultaneamente, instituições filantrópicas continuaram seu processo de promoção de ideais específicos em saúde global, agora com um pouco mais de abertura para inclusão de visões alternativas e, principalmente, levando os esforços mais robustos para fora da alçada da OMS.

Um problema encontrado nas três gestões analisadas, no entanto, é a construção mais robusta da ligação entre essas evidências e o mecanismo teoricamente delineado. Ao todo, as discussões realizadas acabam por se configurar primariamente como testes *hoop* ou *straw in the wind*, indicando a direção esperada, mas sem força para descredibilização de possíveis explicações alternativas.

Essa era uma perspectiva sobre os achados que já estava delineado desde a construção empírica do trabalho, mas não quer dizer que as discussões desenvolvidas não são relevantes. Além de mostrar sinais claros de preferências comportamentais da gestão da OMS e de instituições filantrópicas, congruentes com o que estava posto teoricamente, os achados também abrem espaço para discussões teoricamente importantes – especialmente, se trabalhos futuros pretendem manter uma visão mecanística nas análises em saúde global.

No capítulo dedicado às conclusões, abaixo, essas discussões são delineadas junto de uma avaliação geral do que as evidências puderam construir. Com o sistema internacional em constante mutação, e crises sanitárias como a recente pandemia de COVID-19 tendo afetado quase toda forma de relação humana pelo mundo, é esperado que estudos em saúde global só se tornem mais essenciais com o tempo, adaptando-se às novas e constantes demandas de um mundo globalizado.

6. CONCLUSÕES

Ao longo das evidências analisadas, é possível construir uma imagem da atuação da OMS e de instituições filantrópicas como particularmente responsivas à diferentes pressões internacionais na GHG. O modo de reagir a essas pressões, contudo, exibiu maior variedade do que inicialmente tinha sido previsto na teorização do mecanismo causal trabalhado.

Diretores-Gerais, de fato, defenderam a centralidade da agência ao longo do tempo, mas o fizeram com posturas e estratégias distintas. No mesmo sentido, instituições filantrópicas exibiram clara preferência por tratamentos específicos e por uma visão organizacional filantropocapitalista, mas também abriram espaço para uma gama maior de atividades com o tempo.

Ao todo, é possível notar diferenças claras entre a gestão de cada Diretor-Geral no período de 1998-2016. Isso pode indicar que seus estilos de liderança foram particularmente relevantes para determinar respostas institucionais ao aumento da relevância de filantropias e OINGs no geral. Com o processo de eleição para Diretoria da agência sendo um processo particularmente complexo e dependente de apoios governamentais e embates entre Estados-membros, é possível pensar que essas diferenças em sua atuação também refletem dinâmicas distintas entre os países que formam a OMS (CUETO et al, 2019b) – afirmação que precisaria de evidências específicas, claro.

No esquema abaixo, busca-se esquematizar algumas das diferenças notadas entre cada Diretoria. Esse esforço reafirma a preocupação com não atribuir à OMS um papel passivo nos processos estudados. Entre cada gestão, adicionalmente, também existiram diferentes níveis de limitações orçamentárias e apoio político, o que acaba por podar as opções de atuação de cada Diretor-Geral.

Tabela III – Resumo dos achados para cada gestão analisada

Diretor-Geral	Meios para manutenção do protagonismo da OMS	Postura das filantropias
Brundtland	Direcionamento a um papel técnico; Apoio a parcerias público-privadas	Participação na formação das parcerias público-privadas. Financiamento dentro da OMS direcionado aos eixos esperados.

Lee	Uso do aumento em recursos extraorçamentários para retomar programas de intervenção ativa pela OMS.	Investimento em iniciativas em saúde com papel minimizado para OMS. Primeiros sinais de ampliação no tipo de doença tratada, mas métodos de intervenção continuam sendo restritos.
Chan	Críticas mais contundentes à natureza do financiamento internacional em saúde; Propostas amplas de reforma, em direção a uma OMS mais flexível.	Maior mobilização de questões sociais, ainda sem integração completa entre as perspectivas de atuação;

Fonte: Elaboração própria, com base em achados da pesquisa

Quando discutindo o campo das instituições filantrópicas, uma contribuição relevante dos achados pode estar na desmistificação da homogeneidade desses atores. Mesmo as maiores filantropias viram algum nível de redimensionamento de suas ações ao longo dos anos, incluindo timidamente os eixos que a literatura considerava renegados. Diferenças mais marcadas foram vistas nas ações de instituições menores e fora dos Estados Unidos, de atuação mais holística. É preciso debater, assim, a construção das expectativas sobre a atuação dessas instituições na literatura: ainda que atores mais robustos estejam mais alinhadas aos pontos propostos, é uma diferenciação que pode ter valor teórico.

O desenvolvimento de cada um dos pontos discutidos, entretanto, não precisa ser operacionalizado como uma forma de negação da teoria estabelecida. Como a seção metodológica deixa claro, um teste de teoria através de *process tracing* tem espaço amplo para equifinalidade.

Inclusive, é possível trazer para o debate outros caminhos explicativos não mobilizados até aqui. A participação crescente do Banco Mundial em saúde nos anos 1990, por exemplo, pode explicar as razões pelas quais a OMS aceitou o esvaziamento de suas funções, preenchidas em alguma medida por esse outro ator (RUGER, 2005). A atuação bilateral de agências de desenvolvimento nacionais, em especial do norte global, também elucida a insatisfação de uma parcela dos Estados-membros com a OMS, vista como deficitária no tratamento à várias das emergências sanitárias do período analisado (SPICER et al, 2020).

Ampliar a discussão para o grupo mais geral das OINGs, adicionalmente, pode reintroduzir mais claramente o papel de países em desenvolvimento nas dinâmicas estudadas; sendo eles mais próximos de organizações ligados a movimentos civis, como o Movimento Pela Saúde dos Povos (NARAYAN, 2006; BAUM et al, 2020).

O setor privado, adicionalmente, também tem interesses diretos com eixos promovidos pela atuação filantrópica em saúde. De fato, indústrias farmacêuticas lucram com o foco em tratamentos biomédicos (BIRN, 2014b), e indústrias como a de ultraprocessados e tabaco têm interesse direto em frear instrumentos contra determinantes de condições não-comunicáveis, como obesidade e a gama de consequências do fumo (CANNON, 2004; LAUBER et al, 2021).

Ainda que a contribuição destes outros caminhos analíticos seja inegável, os achados estabelecidos nesse trabalho contribuem para discussão, partindo de uma proposta de teorização dos mecanismos causais que puderam ser desenhados a partir da literatura existente. Eventos recentes não incluídos na pesquisa, adicionalmente, continuam a tensionar a relação OMS-Filantropias e podem indicar caminhos para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANBAZHAGAN, Suguna; SUREKHA, A. Nongovernmental Organizations (NGOs) in Global Health. In: Haring, Robin (Ed.), **Handbook of Global Health**, p. 1-11, 2020.
- AVILA-FIGUEROA, Carlos; DELAY, Paul. Impact of the global economic crisis on antiretroviral treatment programs. **Hiv Therapy**, v. 3, n. 6, p. 545-548, 2009.
- BATE, Roger. Funding Isn't Everything. American Enterprise Institute. 28 de fev. de 2008. Disponível em: <https://www.aei.org/articles/funding-isnt-everything/>. Acesso em 19 de dez. de 2023.
- BAUM, Fran; SANDERS, David; NARAYAN, Ravi. O movimento global pela saúde dos povos. O que é o Movimento pela Saúde dos Povos?. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 11-23, 2020.
- BELLA, Timothy. Bill Gates, in rebuke of Trump, calls WHO funding cut during pandemic 'as dangerous as it sounds'. The Washington Post. 15 de abr. de 2020. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/04/15/who-bill-gates-coronavirus-trump/>. Acesso em 19 de dez. de 2023.
- BEACH, Derek. It's all about mechanisms—what process-tracing case studies should be tracing. *New Political Economy*, v. 21, n. 5, p. 463-472, 2016.
- BEACH, D.; PEDERSEN, R. B. What is Process-Tracing Actually Tracing? The Three Variants of Process Tracing Methods and Their Uses and Limitations. **The three variants of process tracing methods and their uses and limitations**, 2011.
- BEACH, Derek; PEDERSEN, Rasmus Brun. *Process-tracing methods: Foundations and guidelines*. University of Michigan Press, 2019.
- BENNETT, Andrew; CHECKEL, Jeffrey T. Process tracing: From philosophical roots to best practices. **Process Tracing in the Social Sciences**, p. 3-38, 2012.
- BERMAN, Ayelet. Between participation and capture in international rule-making: The WHO Framework of Engagement with non-state actors. **European Journal of International Law**, v. 32, n. 1, p. 227-254, 2021.
- BIEHL, João. Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics. **Anthropological Quarterly**, p. 1083-1126, 2007.

BINAGWAHO, Agnes; MATHEWOS, Kedest. The WHO Foundation and conflicts of interest. **bmj**, v. 380, 2023.

BLUNT, Gwilym David. The Gates Foundation, global health and domination: a republican critique of transnational philanthropy. **International Affairs**, v. 98, n. 6, p. 2039-2056, 2022.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 1998. 1998. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 1999. 1999. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2000. 2000. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2001. 2001. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2002. 2002. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2003. 2003. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2004. 2004. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2005. 2005. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2006. 2006. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2007. 2007. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2008. 2008. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2009. 2009. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2010. 2010. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2011. 2011. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2012. 2012. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2013. 2013. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2014. 2014. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2015. 2015. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). Annual Report 2016. 2016. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports>. Acesso em 09 de jan. de 2024.

BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION (BMGF). OUR STORY. 2023. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/our-story>. Acesso em 19 de dez. de 2023.

BIRN, Anne-Emanuelle. The stages of international (global) health: histories of success or successes of history?. **Global Public Health**, v. 4, n. 1, p. 50-68, 2009.

BIRN, Anne-Emmanuelle. Backstage: the relationship between the Rockefeller Foundation and the World Health Organization, part I: 1940s–1960s. **Public Health**, v. 128, n. 2, 2014a.

BIRN, Anne-Emanuelle. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting (s) of the international/global health agenda. **Hypothesis**, v. 12, n. 1, p. e8, 2014b.

BISHOP, Matthew; GREEN, Michael. **Philanthrocapitalism: How giving can save the world**. Bloomsbury Publishing USA, 2010.

BMGF. OUR STORY. 2023. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/about/our-story>. Acesso em 19 de dez. de 2023.

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. **American journal of public health**, v. 96, n. 1, p. 62-72, 2006.

BUGNION, François. The International Committee of the Red Cross and the development of international humanitarian law. **Chi. J. Int'l L.**, v. 5, p. 191, 2004.

BURCI, Gian Luca. Health and infectious disease. In: WEISS, Thomas G, DAWSON, Sam (ed). **The Oxford Handbook on the United Nations** (2nd edn). 2008.

BURKI, Talha. Fresh questions over Gates Foundation governance. **The Lancet**, v. 399, n. 10324, p. 508, 2022.

BUSE, Kent; HAWKES, Sarah. Sitting on the FENSA: WHO engagement with industry. **The Lancet**, v. 388, n. 10043, p. 446-447, 2016.

CARBONARO, Giulia. How is the World Health Organization funded, and why does it rely so much on Bill Gates?. Euronews. 03 de fev. de 2023. Disponível em:

<https://www.euronews.com/next/2023/02/03/how-is-the-world-health-organization-funded-and-why-does-it-rely-so-much-on-bill-gates#:~:text=The%20Bill%20%26%20Melinda%20Gates%20Foundation%20alone%20is%20responsible%20for%20over,philanthropic%20foundations%20to%20the%20WHO>. Acesso em 19 de dez. de 2023.

CHECKEL, Jeffrey T. Process Tracing. In: KLOTZ, Audie; PRAKASH, Deepa (org.). **Qualitative Methods in International Relations**, Palgrave Macmillan, London, 2008. p. 114-127

CLARK, Jocalyn; MCGOEY, Linsey. The black box warning on philanthrocapitalism. **The Lancet**, v. 388, n. 10059, p. 2457-2459, 2016.

CLINTON, Chelsea; SRIDHAR, Devi. Who pays for cooperation in global health? A comparative analysis of WHO, the World Bank, the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, and Gavi, the Vaccine Alliance. **The Lancet**, v. 390, n. 10091, p. 324-332, 2017.

COLLIER, David. Understanding process tracing. **PS: Political Science & Politics**, v. 44, n. 4, p. 823-830, 2011.

COREMANS, Evelyn. Opening up by closing off: How increased transparency triggers informalisation in EU decision-making. **Journal of European Public Policy**, v. 27, n. 4, p. 590-611, 2020.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. The Birth of the World Health Organization, 1945–1948. In: CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. **The world health organization: A history**. Cambridge University Press, 2019a.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. The Response to the HIV/AIDS Pandemic In: CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. **The world health organization: A history**. Cambridge University Press, 2019b.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. The Competitive World of Global Health. In: CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. **The world health organization: A history**. Cambridge University Press, 2019c.

CUETO, Marcos; LOPES, Gabriel. Backlash in global health and the end of AIDS' exceptionalism in Brazil, 2007–2019. **Global Public Health**, v. 17, p. 1–12, 9 mar. 2021.

DODGSON, Richard; LEE, Kelley; DRAGER, Nick. Global health governance. **A Conceptual Review, London/Geneva**, 2002.

DOYLE, Cathal; PATEL, Preeti. Civil society organisations and global health initiatives: problems of legitimacy. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 9, p. 1928-1938, 2008.

DUQUETTE, Nicolas J. Founders' fortunes and philanthropy: A history of the US charitable-contribution deduction. **Business History Review**, v. 93, n. 3, p. 553-584, 2019.

EXECUTIVE BOARD. Opening address to the Executive Board by Dr Margaret Chan, Director-General. 2011a. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_ebss.html. Acesso em 03 de jan. de 2024.

EXECUTIVE BOARD. WHO reforms for a healthy future. 2011b. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_ebss.html. Acesso em 03 de jan. de 2024.

FARIAS, Igor Henriques Sabino de. Refúgio e liberdade religiosa: o papel da USCIRF na política dos EUA para refugiados iraquianos durante a administração Obama. 2023

FOEGE, William. William Foege - World Health Assembly 2000. 16 de maio de 2000. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/ideas/speeches/2000/05/william-foege-world-health-assembly>. Acesso em 10 de ago. de 2023.

FOUNDATION BOTNAR. An insight into the world of Foundation Botnar projects. 2023.

FRUTTERO, Anna; GAURI, Varun. The strategic choices of NGOs: Location decisions in rural Bangladesh. **Journal of Development Studies**, v. 41, n. 5, p. 759-787, 2005.

GARRETT, Laurie. The challenge of global health. In: **Global Health**. Routledge, 2017. p. 525-548

GATES, Bill. BMGF. 2005 World Health Assembly. 2005. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/ideas/speeches/2005/05/bill-gates-2005-world-health-assembly>. Acesso em 11 de jan. de 2024.

GATES, Melinda. **Remarks at the World Health Assembly - May 20, 2014**. 2014. Disponível em: <https://awpc.cattcenter.iastate.edu/2019/12/03/remarks-at-the-world-health-assembly-may-20-2014/>. Acesso em 11 de jan. de 2024.

GAUTIER, Lara et al. Reforming the World Health Organization: what influence do the BRICS wield?. **Contemporary Politics**, v. 20, n. 2, p. 163-181, 2014.

GOSTIN, Lawrence O.; SRIDHAR, Devi; HOUGENDBLER, Daniel. The normative authority of the World Health Organization. **Public Health**, v. 129, n. 7, p. 854-863, 2015.

HANRIEDER, Tine. One WHO: New Managerialism, Old Structures, and the Simulation of Corporate Agency, In: HANRIEDER, Tine. **International organization in time: Fragmentation and reform**. OUP Oxford, p. 93-116. 2015.

HAQUE, Mainul et al. Strengthening primary health-care services to help prevent and control long-term (chronic) non-communicable diseases in low-and middle-income countries. **Risk management and healthcare policy**, p. 409-426, 2020.

HARMAN, Sophie. The Bill and Melinda Gates Foundation and legitimacy in global health governance. **Global Governance**, p. 349-368, 2016.

HAYDON, Steph; JUNG, Tobias; RUSSELL, Shona. ‘You've been framed’: A critical review of academic discourse on philanthrocapitalism. **International Journal of Management Reviews**, v. 23, n. 3, p. 353-375, 2021.

HERCULANO, Selene Carvalho. Do desenvolvimento (in) suportável à sociedade feliz. Ecologia, ciência e política. Rio de Janeiro: **Revan**, p. 9-48, 1992.

HOLST, Jens. Global Health—emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism. **Globalization and health**, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2020.

HUANG, Yanzhong, MELTZER, Gabriella. Reforming the World Health Organization. In: PARKER, Richard; GARCÍA, Jonathan (Ed.). **Routledge Handbook on the politics of global health**. Routledge, p.135-149, 2018.

HUCKEL SCHNEIDER, Carmen. Global public health and international relations: pressing issues—Evolving governance. **Australian Journal of International Affairs**, v. 62, n. 1, p. 94-106, 2008.

HUYNEN, Maud MTE; MARTENS, Pim; HILDERINK, Henk BM. The health impacts of globalisation: a conceptual framework. **Globalization and health**, v. 1, p. 1-12, 2005.

KRESTOVÁ, Kateřina. World Health Organization: an independent guardian of global health?. 2020.

KOFIH. Man of action. 2020. Disponível em: https://www.kofih.org/wp-content/uploads/2022/01/brochure_leejongwook_ENG.pdf. Acesso em 11 de jan. de 2024.

LAUBER, Kathrin; RUTTER, Harry; GILMORE, Anna B. Big food and the World Health Organization: a qualitative study of industry attempts to influence global-level non-communicable disease policy. **BMJ global health**, v. 6, n. 6, p. e005216, 2021.

LEE, Kelley. Creation of the World Health Organization. In: LEE, Kelley. *The World Health Organization (WHO)*. Routledge, p.12-24, 2008a.

LEE, Kelley. From International to Global Health. In: LEE, Kelley. *The World Health Organization (WHO)*. Routledge, p.99-127, 2008b.

LEE, Kelley; KAMRADT-SCOTT, Adam. The multiple meanings of global health governance: a call for conceptual clarity. **Globalization and health**, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2014.

LERER, Leonard; MATZOPOULOS, Richard. “The worst of both worlds”: the management reform of the World Health Organization. **International Journal of Health Services**, v. 31, n. 2, p. 415-438, 2001.

LEVICH, Jacob. Disrupting global health: The Gates Foundation and the vaccine business. In: **Routledge Handbook on the Politics of Global Health**. Routledge, 2018. p. 207-218.

LIDÉN, Jon. The World Health Organization and global health governance: post-1990. **Public Health**, v. 128, n. 2, p. 141-147, 2014.

LOFFREDO, Jeremy; GREENSTEIN, Michele. Why the Bill Gates global health empire promises more empire and less public health. *The Gray Zone*. 2020. Disponível em: <https://grain.org/en/article/6511-why-the-bill-gates-global-health-empire-promises-more-empire-and-less-public-health>. Acesso em 10 de dez. de 2023.

MAANI, Nason et al. The new WHO Foundation—global health deserves better. **BMJ global health**, v. 6, n. 2, p. e004950, 2021.

MARTIN, Jacques-François; MARSHALL, John. New tendencies and strategies in international immunisation: GAVI and The Vaccine Fund. **Vaccine**, v. 21, n. 7-8, p. 587-592, 2003.

MCCOY, David et al. The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. **The Lancet**, v. 373, n. 9675, p. 1645-1653, 2009.

MCGOEY, Linsey. Philanthrocapitalism and its critics. **Poetics**, v. 40, n. 2, p. 185-199, 2012.

MCNEIL JR., Donald. Gates Foundation's Influence Criticized. **The New York Times**, fev. de 2008. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2008/02/16/science/16malaria.html>. Acesso em 19 de dez. de 2023.

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES. An Unprecedented Year: Médecins Sans Frontières' response to the largest ever Ebola outbreak. 2016. Disponível em: <https://www.msf.org/report-ebola-2014-2015-facts-figures>. Acesso em 05 de jan. de 2024.

MORAN, Michael; STEVENSON, Michael. Illumination and innovation: What philanthropic foundations bring to global health governance. **Global Society**, v. 27, n. 2, p. 117-137, 2013.

NARAYAN, Ravi. The role of the People's Health Movement in putting the social determinants of health on the global agenda. **Health Promotion Journal of Australia**, v. 17, n. 3, p. 186-188, 2006.

NUGENT, Rachel; FEIGL, Andrea. Where have all the donors gone? Scarce donor funding for non-communicable diseases. **Center for global development working paper**, n. 228, 2010.

NUNES, João. Ebola and the production of neglect in global health. **Third World Quarterly**, v. 37, n. 3, p. 542-556, 2016.

NUNES, João. Neglect in global health. In: **Routledge Handbook on the Politics of Global Health**. Routledge, 2018. p. 44-52.

OIKKONEN, Venla. The 2009 H1N1 pandemic, vaccine-associated narcolepsy, and the politics of risk and harm. **Health**, v. 26, n. 2, p. 162-180, 2022.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. USP. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em 10 de dez. de 2023.

PANDEY, Kiran Raj. From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant. **Globalization and health**, v. 14, n. 1, p. 1-5, 2018.

RICCIUTI, Elisa. **Grant-making foundations for global health: what drives their decision-making?**. 2016. Tese de Doutorado. London School of Hygiene & Tropical Medicine.

RICHTER, Judith. WHO reform and public interest safeguards: an historical perspective. **Social Medicine**, v. 6, n. 3, p. 141-150, 2012.

RICHTER, Judith. Time to turn the tide: WHO's engagement with non-state actors and the politics of stakeholder governance and conflicts of interest. **BMJ**. 2014.

ROGERS, Robin. Why the social sciences should take philanthropy seriously. **Society**, v. 52, p. 533-540, 2015.

ROOK, Franziska. Public-Private Partnerships in the Fight Against HIV/AIDS: A Case Study of Botswana. **SPNA Review**, v. 5, n. 1, p. 4, 2009.

RUGER, Jennifer Prah. The changing role of the World Bank in global health. **American journal of public health**, v. 95, n. 1, p. 60-70, 2005.

SCHIEBER, George J. et al. Financing global health: mission unaccomplished. **Health affairs**, v. 26, n. 4, p. 921-934, 2007.

STOB TB. Global Plan to Stop TB Phase 1: 2001 to 2005. 2001. Disponível em: https://stoptb.org/assets/documents/global/plan/global_plan_to_stop_tb_2001_2005.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024.

SOBRINHO, Aurélio et al. Desenvolvimento sustentável: uma análise a partir do Relatório Brundtland. 2009.

SPICER, Neil et al. 'It's far too complicated': why fragmentation persists in global health. **Globalization and Health**, v. 16, n. 1, p. 1-13, 2020.

STROUP, Sarah S.; WONG, Wendy H. The agency and authority of international NGOs. **Perspectives on Politics**, v. 14, n. 1, p. 138-144, 2016.

STUCKLER, David et al. WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis. **The Lancet**, v. 372, n. 9649, p. 1563-1569, 2008.

TANNENWALD, Nina. The nuclear taboo: The United States and the normative basis of nuclear non-use. **International organization**, v. 53, n. 3, p. 433-468, 1999.

THIRD WORLD NETWORK. **WHO: Unease over seconded philanthropic foundation staff to top management.** 2015. Disponível em: <https://www.twn.my/title2/health.info/2015/hi151202.html>.

THOMAS, Sabu; KUMAR, Manoj. Reforms in Reframed World: Can UN Survive with a Change of Guards?.

TICHENOR, Marlee; SRIDHAR, Devi. Global health disruptors: the Bill and Melinda Gates Foundation. **BMJ OPINION**. 28 de nov. de 2018. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/11/28/global-health-disruptors-the-bill-and-melinda-gates-foundation/>. Acesso em 19 de dez. de 2023.

TORTAJADA, Cecilia. Nongovernmental organizations and influence on global public policy. **Asia & the Pacific Policy Studies**, v. 3, n. 2, p. 266-274, 2016.

TOYASAKI, Fuminori; WAKOLBINGER, Tina. Impacts of earmarked private donations for disaster fundraising. **Annals of Operations Research**, v. 221, p. 427-447, 2014.

USAID. **Exclusive Interview with WHO's Dr. Margaret Chan. 2011**. Disponível em: <https://2012-2017.usaid.gov/news-information/frontlines/global-healthiraq/exclusive-interview-whos-dr-margaret-chan>. Acesso em 11 de jan. de 2024.

VILLA, Rafael A. Duarte. Formas de influência das ONGs na política internacional contemporânea. **Revista de Sociologia e Política**, p. 21-33, 1999.

VINEIS, Paolo; STRINGHINI, Silvia; PORTA, Miquel. The environmental roots of non-communicable diseases (NCDs) and the epigenetic impacts of globalization. **Environmental research**, v. 133, p. 424-430, 2014.

WEINDLING, Paul. Philanthropy and world health: the Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organisation. **Minerva**, p. 269-281, 1997.

WEISZ, George; VIGNOLA-GAGNÉ, Etienne. The World Health Organization and the globalization of chronic noncommunicable disease. **Population and Development Review**, v. 41, n. 3, p. 507-532, 2015.

WELLCOME TRUST. Wellcome grants awarded 1 October 2005 to 30 September 2023. 2023. Disponível em: <https://wellcome.org/grant-funding/funded-people-and-projects#grant-funding-data-for-2021/22-39e2>. Acesso em 10 de jan. de 2024.

WIDDUS, Roy. Public-private partnerships for health require thoughtful evaluation. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, p. 235-235, 2003.

WILLIAMS, Stacy. A Billion Dollar Donation: Should the United Nations look a gift horse in the mouth. **Ga. J. Int'l & Comp. L.**, v. 27, p. 425, 1998.

WITTER, Sophie et al. Health system strengthening—reflections on its meaning, assessment, and our state of knowledge. **The International journal of health planning and management**, v. 34, n. 4, p. e1980-e1989, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Statement by the Director-General to the Fifty-second World Health Assembly. 1999. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA52/ew3.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ADDRESS BY THE DIRECTOR-GENERAL TO THE FIFTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY. 2000. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/ea3.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). DG Speech. 2001. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/ea543.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ADDRESS BY DR GRO HARLEM BRUNDTLAND DIRECTOR-GENERAL TO THE FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. 2002. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea553.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ADDRESS BY DR GRO HARLEM BRUNDTLAND DIRECTOR-GENERAL TO THE FIFTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. 2003a. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea563.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report of the Director-General 1998-2003. 2003b. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/edg02003.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by the Director-General to the Fifty-seventh World Health Assembly. 2004. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_3-en.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by the Director-General to the Fifty-eighth World Health Assembly. 2005. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_3-en.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by the Director-General to the Fifty-ninth World Health Assembly. 2006. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_3-en.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General to the Sixtieth World Health Assembly. 2007. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha60.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General to the Sixty-first World Health Assembly. 2008. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha61.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General to the Sixty-second World Health Assembly. 2009. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha62.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General to the Sixty-third World Health Assembly. 2010. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha63.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-fourth World Health Assembly. 2011. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha64.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-fifth World Health Assembly. 2012. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha65.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-sixth World Health Assembly. 2013. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha66.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-seventh World Health Assembly. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha67.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-eighth World Health Assembly. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha68.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-ninth World Health Assembly. 2016. Disponível em: https://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html. Acesso em 05 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2021. Criteria and principles for secondments from nongovernmental organizations, philanthropic foundations and academic institutions. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_47-en.pdf. Acesso em 11 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Guide for staff on engagement with non-state actors**. World Health Organization, 2023.

YOUDE, Jeremy. The Rockefeller and Gates Foundations in global health governance. **Global Society**, v. 27, n. 2, p. 139-158, 2013.

YOUDE, Jeremy. China's role in global health governance. In: **Routledge handbook on the politics of global health**. Routledge, 2018. p. 172-180.

ZACHER, Mark W. KEEFE, Tania J. Global Health Governance in the Twentieth Century. **The Politics of Global Health Governance: United by Contagion**, p. 25-42, 2008.

