



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

**Do Pós Guerra à Pandemia: A Construção da Agenda de Saúde
Global na Assembleia Geral da ONU**

Rennan Pastich Loureiro

RECIFE

2025

Rennan Pastich Loureiro

**Do Pós Guerra à Pandemia: A Construção da Agenda de Saúde
Global na Assembleia Geral da ONU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência Política – Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciência Política, área de concentração Relações Internacionais.

Orientador: Prof. Rafael Mesquita de Souza Lima

RECIFE

2023

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Pastich, Rennan Loureiro.

Do Pós Guerra à Pandemia: A construção da Agenda de Saúde Global na Assembleia Geral da ONU / Rennan Pastich Loureiro. - Recife, 2025.

138f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, 2025.

Orientação: Rafael Mesquita de Souza Lima.

1. Assembleia Geral da ONU; 2. Análise de Redes; 3. Pessoas com deficiência; 4. Direitos Humanos; 5. Pessoas idosas; 6. Efeitos da radiação atômica. I. Lima, Rafael Mesquita de Souza. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

Rennan Pastich Loureiro

**Do Pós Guerra à Pandemia: A Construção da Agenda de Saúde
Global na Assembleia Geral da ONU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência Política – Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciência Política, área de concentração Relações Internacionais.

BANCA EXAMINADORA

Profº Rafael Mesquita de Souza Lima (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº Marcelo de Almeida Medeiros (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº Thales Leonardo de Carvalho (Examinador externo)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a todos aqueles que me ajudaram a segurar a vela da ciência nas trevas do obscurantismo....

Foi durante o mestrado que percebi a beleza do ofício de cientista e meu entusiasmo pela área, muito graças aos professores que passaram por minha trajetória, especialmente Nara Pavão, Madeleine Hosli, Mikelli Ribeiro, Dalson Britto, Marcelo Medeiros e meu orientador Rafael Mesquita de Souza Lima.

Também dedico esse trabalho a aqueles que sempre posso chamar com a certeza de que serei atendido. Afinal, a vela pode ficar pesada de vez em quando....

Dedico a Julieta Lacet por todo o carinho e pelo apoio indispensável nas horas mais difíceis.

Agradeço a Alice Rodrigues por suas palavras gentis; a Eduarda Marques por seu enorme carinho por mim; a Arthur Lira, meu amigo inteligente com quem conversei tantas vezes para elucidar minhas ideias; a Thiago Buarque por ser meu mais fiel escudeiro; a Joana Cassemiro, minha amizade mais antiga, sempre atenciosa; e a Alan Cavalcanti por dividir comigo as alegrias e frustrações da carreira acadêmica.

Dedico também a outros amigos que contribuíram para este projeto e me apoiaram ao longo desta jornada, tais como Baruque Rodrigues, Cecília França, Fernanda Ferreira, Hugo Borba, Isabela do Canto, Jamil Civitarese, Joaquim Meira, João Caetano Leite, Midiã Cavalcante, Pedro Marques, Petra Godoy, Sofia Queiroga e Vinicius Pinon.

Também dedico esta dissertação aos meus familiares que me deram tanto suporte. Em especial, dedico ao meu querido irmão Leonardo Pastich, à minha mãe, Elizabeth Pastich e ao meu pai, Amilton Loureiro. Agradeço também aos meus avós, aos meus tios e aos meus primos queridos.

Em conclusão, dedico essa minha dissertação a quem partiu, mas que vive em mim, e que se estivesse aqui certamente estaria vibrando com cada uma de minhas conquistas. Dedico a minha tia, madrinha do meu irmão, Karla De Abreu e Lima.

*Somos bons em algumas coisas, mas não
em tudo. A sabedoria está em
compreender as nossas limitações pois o
homem é um ser leviano. É nesse ponto
que entra o rigor cético e austero da
ciência.*

(SAGAN, 1996, p. 40)

RESUMO

Este estudo busca identificar e analisar as principais prioridades temáticas de saúde na Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) e sua evolução histórica entre 1946 e 2023. Para isso, foram utilizadas análise de redes, análise de clusters e um dicionário de palavras-chave, a fim de explorar a estrutura das redes de citação das resoluções da AGNU. A pesquisa examinou 2.078 resoluções sobre saúde, identificadas dentro de um universo de 19.281. A seleção de palavras-chave mapeou os documentos mais relevantes, enquanto um algoritmo de detecção de clusters permitiu analisar a distribuição temática. A segmentação dos clusters possibilitou estruturar as principais discussões de saúde dentro da AGNU. A análise identificou cinco eixos temáticos para uma investigação histórica detalhada: pessoas com deficiência (PCD), desenvolvimento sustentável e saúde, direitos humanos e saúde, pessoas idosas e os efeitos da radiação atômica. Os resultados indicam que a agenda de saúde na AGNU evolui de forma holística e inclusiva, acompanhando a consolidação dos direitos humanos na ONU. O processo pode ser dividido em três fases históricas; 1946–1970: Dificuldades na implementação dos princípios das cartas fundamentais da ONU; 1970–1990: Expansão da agenda de saúde para agendas específicas; 1990 até os dias atuais: Saúde centrada no indivíduo e desenvolvimento sustentável. O estudo reforça a importância da análise de redes como ferramenta para compreender prioridades temáticas e tendências nas discussões sobre saúde em organismos internacionais.

Palavras-chaves: Assembleia Geral da ONU; análise de redes; análise de clusters; desenvolvimento sustentável; direitos humanos; pessoas com deficiência; efeitos da radiação atômica, pessoas idosas

ABSTRACT

This study aims to identify and analyze the main health-related thematic priorities addressed by the United Nations General Assembly (UNGA) and their historical evolution from 1946 to 2023. To this end, network analysis, cluster analysis, and a keyword dictionary were employed to explore the structure of citation networks in UNGA resolutions. The research examined 2,078 health-focused resolutions out of a total of 19,281. The keyword selection helped map the most relevant documents, while a cluster-detection algorithm facilitated an in-depth investigation of thematic distribution. Through this clustering process, five major thematic areas were identified for a detailed historical analysis: persons with disabilities, sustainable development and health, human rights and health, older persons, and the effects of atomic radiation. The findings suggest that UNGA's health agenda evolved through three historical phases: 1946–1970 (challenges in implementing the fundamental principles of the UN charters); 1970–1990 (expansion of the health agenda to more specific areas); and 1990 to the present (individual-centered health and sustainable development). The study underscores the importance of network analysis as a tool to better understand thematic priorities and emerging trends in international health discussions.

Keywords: United Nations General Assembly (UNGA); network analysis; cluster analysis; sustainable development; human rights; persons with disabilities; atomic radiation effects; older persons.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
1 INTRODUÇÃO E DESENHO DE PESQUISA.....	12
2. CONTEXTUALIZAÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 A PRIMAVERA DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS.....	17
2.2 ORGANIZAÇÕES E AS PRINCIPAIS TEORIAS DAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS.....	20
2.3 A GOVERNANÇA GLOBAL DE SAÚDE.....	24
2.3.1 História da Governança Global de Saúde.....	24
2.3.2 Desenvolvimento de Governança Global de Saúde na Literatura de RI.....	28
2.4 A ASSEMBLEIA GERAL DA ONU.....	30
2.5 A DINÂMICA TEMÁTICA NAS OIS E A ANÁLISE DE REDES.....	33
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	37
3.1 CONSTRUÇÃO DA REDE DE CITAÇÕES DE DOCUMENTOS DA AGNU.....	38
3.2 CONSTRUÇÃO DO DICIONÁRIO DE PALAVRAS-CHAVE.....	40
3.3 APLICAÇÃO DO ALGORITMO DE DETECÇÃO DE CLUSTERS.....	42
3.4 INTEGRAÇÃO DA ANÁLISE DE REDES, DICIONÁRIOS DE PALAVRAS-CHAVE E IDENTIFICAÇÃO TEMÁTICA DOS CLUSTERS.....	44
3.5 VALIDAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DOS CLUSTERS.....	46
4 ANÁLISE QUALITATIVA DOS CLUSTERS DA AGNU COM FOCO EM SAÚDE. 49	
4.1 QUESTÕES RELACIONADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD).....	51
4.1.1 Panorama Geral do Cluster.....	51
4.1.2 Análise histórica das resoluções.....	54
4.2 DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E SAÚDE.....	58
4.2.1 Panorama Geral do Cluster.....	58
4.2.2 Análise Histórica das Resoluções.....	60
4.3 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE.....	67
4.3.1 Panorama Geral do Cluster.....	67
4.3.2 Análise Histórica das Resoluções.....	70
4.4 QUESTÕES RELACIONADAS À POPULAÇÃO IDOSA.....	82
4.4.1 Panorama Geral do Cluster.....	82
4.4.2 Análise histórica das resoluções.....	85
4.5 EFEITOS DA RADIAÇÃO ATÔMICA.....	93
4.5.1 Panorama Geral do Cluster.....	93
4.5.2 Análise Histórica das Resoluções.....	95
5 DISCUSSÃO.....	104
5.1 COMO A SAÚDE GLOBAL FOI DISCUTIDA NA AGNU?.....	104
5.1.1 1946–1970: Dificuldades na implementação dos princípios das cartas	

fundamentais da ONU.....	107
5.1.2 1970–1990: Expansão da agenda de saúde para agendas específicas.....	110
5.1.3 1990 até os dias atuais: Saúde centrada no indivíduo e desenvolvimento sustentável.....	112
5.1.4 Uma exceção: O cluster de efeitos da radiação atômica.....	115
5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO.....	116
5.2.1 O uso de análise de redes para estudar os temas de saúde na AGNU.....	116
5.2.2 A estrutura dos clusters.....	117
5.2.3 Limitações metodológicas.....	119
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	125

LISTA DE SIGLAS

AAAA – Agenda de Ação de Adis Abeba

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

APS – Atenção Primária a Saúde

AGNU – Assembleia Geral das Nações Unidas

BM – Banco Mundial (*World Bank*)

CFE – Fundo de Contingência Para Emergências (*Contingency Fund For Emergencies*)

CTBT – Tratado de Proibição Completa de Testes Nucleares (*Comprehensive Nuclear-Test-Ban Treaty*)

DESA – Departamento das Nações Unidas de Economia e Questões Sociais (*United Nations Department of Economic and Social Affairs*)

DISEC – Comitê de Desarmamento e Segurança Internacional (*Disarmament and International Security Committee*)

DNTs – Doenças Não Transmissíveis (*Noncommunicable Diseases – NCDs*)

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control*)

ECOSOC – Conselho Econômico e Social (*Economic and Social Council*)

FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*)

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus*)

HRC – Conselho de Direitos Humanos (*Human Rights Council*)

IAEA – Agência Internacional de Energia Atômica (*International Atomic Energy Agency*)

ICESCR – Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*)

MIPAA – Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (*Madrid International Plan of Action on Ageing*)

MIT – Instituto de Tecnologia de Massachusetts (*Massachusetts Institute of Technology*)

MSF – Médicos Sem Fronteiras (*Médecins Sans Frontières*)

OEWGA – Grupo de Trabalho Aberto sobre Envelhecimento (*Open-Ended Working Group on Ageing*)

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMC – Organização Mundial do Comércio (*World Trade Organization – WTO*)

OMM – Organização Meteorológica Mundial

OMS – Organização Mundial da Saúde

OMSA – Organização Mundial da Saúde Animal (*World Organisation for Animal Health – WOAH*)

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde (*Pan American Health Organization*)

OTAN – Organização do Tratado do Atlântico Norte

PIDCP – Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos

PIDESC – Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

RI – Relações Internacionais

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

SMR – Regras Mínimas para o Tratamento de Presos (*Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*)

TNP – Tratado de Não Proliferação de Armas Nucleares (*Treaty on the Non-Proliferation of Nuclear Weapons – NPT*)

TPI – Tribunal Penal Internacional (*International Criminal Court – ICC*)

TPII – Tribunal Penal Internacional para a Antiga Iugoslávia (*International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia – ICTY*)

UNAEC – Comissão de Energia Atômica das Nações Unidas (*United Nations Atomic Energy Commission*)

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*)

UNCTAD – Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento e Comércio

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund*)

UNCROP – Convenção sobre os Direitos das Pessoas Idosas (*United Nations Convention on the Rights of Older Persons*)

UNSCEAR – Comitê Científico da ONU sobre os Efeitos da Radiação Atômica (*Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation*)

UPR – Exame Periódico Universal (*Universal Periodic Review*)

WSSD – Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável

1 INTRODUÇÃO E DESENHO DE PESQUISA

Quais as principais temáticas de saúde abordadas pela Assembleia Geral da ONU e como elas evoluem ao longo da história do organismo? Sophie Harman (2012), em seu livro *Global Health Governance*, destaca que a saúde global é essencial não apenas para os indivíduos, mas também para a funcionalidade de mercados, Estados e instituições internacionais. A estabilidade e a segurança de um Estado estão profundamente conectadas à sua capacidade de proteger os cidadãos contra ameaças globais à saúde. A natureza transnacional das ameaças à saúde e a interdependência entre países na proteção contra crises sanitárias ficaram evidentes durante a pandemia de COVID-19, que revelou as conexões entre a saúde global e as dinâmicas políticas internacionais.

Nesse cenário, as organizações internacionais (OIs) desempenham, cada vez mais, um papel fundamental ao reunir diferentes perspectivas nacionais em um fórum político capaz de coordenar ações conjuntas para enfrentar desafios compartilhados. Esses desafios incluem, entre outros, doenças infecciosas, condições de trabalho insalubres, falta de saneamento, desnutrição, cuidados inadequados à saúde materna, acesso limitado a medicamentos essenciais e problemas relacionados à poluição e à higiene.

Dado o alcance global dessas questões, entender como as OIs estruturam seus debates sobre saúde é essencial para analisar a evolução histórica da agenda sanitária. Essa compreensão fornece subsídios indispensáveis para avaliar o papel dessas organizações na promoção da saúde humana no século XXI.

Entre as OI's, a Assembleia Geral da ONU (AGNU) se destaca como o fórum político de mais abrangente escopo na governança global de saúde, reunindo, virtualmente, todos os Estados do mundo para deliberar sobre políticas de saúde em escala internacional. Ao fazer isso, conecta essas discussões a determinantes sociais, políticos, culturais e econômicos, ampliando a compreensão da saúde para além de uma perspectiva estritamente biomédica. Dessa forma, a AGNU oferece uma arena única para analisar a evolução histórica da saúde global em interseção com outras temáticas fundamentais, como direitos humanos, desenvolvimento sustentável e conflitos geopolíticos. Dinâmicas essas, que moldaram a trajetória da saúde

humana nas últimas décadas, e que dificilmente poderiam ser capturadas por um fórum mais técnico, como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Embora a AGNU não disponha de mecanismos de coerção vinculativos nem desfrute da mesma autoridade epistêmica da OMS (ZÜRN et al., 2012), ela exerce um papel essencial de legitimação moral e política na governança global de saúde. Ao reunir virtualmente todos os Estados, a AGNU atua como “dispensador de aprovação e desaprovação politicamente significativas” (CLAUDE, 1996), conferindo respaldo ou contestação pública às decisões tomadas em outras instâncias e servindo como parâmetro de reconhecimento coletivo. A organização também viabiliza a configuração de agenda na governança global de saúde por meio de resoluções e declarações políticas (SMITH & SHIFFMAN, 2018). Nesse sentido, a AGNU se consolida como um espaço imprescindível para o debate e a construção de consensos políticos¹ em áreas diversas, incluindo a de saúde², o que justifica a atenção voltada à sua atuação.

Ao contrário de outras agências especializadas, como a OMS, a análise da AGNU abrange temas transversais com influência direta sobre a saúde global, tais como desenvolvimento sustentável, direitos humanos, envelhecimento, efeitos da radiação atômica e condições enfrentadas por pessoas com deficiência. Essa abordagem transcende as questões estritamente biomédicas, ao incorporar dimensões sociais, políticas e históricas que se alinham ao argumento de que os determinantes sociais da saúde não podem ser ignorados (EMERSON, 2011; GEIB, 2012). Tal análise multidimensional só é viável em um fórum que abarque pautas tão diversas quanto as discutidas na AGNU.

Tendo isso em vista, este estudo busca responder à seguinte questão: quais as principais temáticas de saúde abordadas pela Assembleia Geral da ONU e como elas evoluem ao longo da história do organismo? Para isso, foi elaborado um desenho de pesquisa que combina um

¹ A AGNU também desempenha um papel fundamental na criação e difusão de normas: embora a maior parte de suas resoluções não seja juridicamente vinculante, elas moldam expectativas e comportamentos internacionais, ao estabelecer princípios e valores que influenciam a opinião pública e os governos nacionais. Estudos como os de Thacker (1999), Alesina e Dollar (2000) e Andersen et al. (2006) também demonstram efeitos concretos dessa dinâmica: a convergência nas votações em plenária impacta diretamente o volume de ajuda financeira que os países concedem uns aos outros no âmbito da AGNU.

² Historicamente, a AGNU também teve um papel determinante na criação de outras agências e comitês voltados para questões de saúde. Em 3 de dezembro de 1955, por meio da Resolução 913 (X), foi estabelecido o Comitê Científico da ONU sobre os Efeitos da Radiação Atômica, responsável por coletar dados sobre níveis e efeitos da radiação ionizante. Posteriormente, a criação do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária foi endossada pela AGNU na Resolução S-26/2, reforçando sua capacidade de impulsionar iniciativas internacionais de saúde.

dicionário de palavras-chave, análise de redes e detecção de *clusters* para mapear as principais discussões de saúde na AGNU (ver Quadro 1). Essa abordagem visa tornar acessível e sistematizar o vasto acervo de resoluções aprovadas pela AGNU desde sua criação, em 1946, até 2023, captando como a agenda de saúde global se desenvolveu ao longo do tempo. Além disso, busca-se examinar essas resoluções sob uma perspectiva histórica, explorando de que forma os principais desafios sanitários, assim como mudanças sociais, institucionais e políticas, moldaram essa agenda ao longo das décadas.

Quadro 1 - Desenho de Pesquisa

Unidade de Análise:	Resoluções de saúde da AGNU
Período:	1946 - 2023
Fonte:	<i>UN General Assembly Resolutions Text</i> (MESQUITA & PIRES, 2024);
Técnicas:	Análise de redes, clusterização (algoritmo Louvain), análise qualitativa
Análise:	Exploração dos padrões temáticos das resoluções de saúde da AGNU
Expectativas:	Identificar temas de saúde recorrentes e dinâmicas nas discussões sobre saúde global
Softwares Utilizados:	<i>R, RStudio</i>
Pacotes utilizados:	<i>Igraph, Tydiverse</i>

Fonte: O autor (2025)

O dicionário servirá para identificar e diferenciar as resoluções sobre saúde das demais, enquanto a rede de citação de todas as resoluções, até 2023, proporcionará uma perspectiva estrutural acerca das discussões. Após a construção dessa rede, será aplicado o algoritmo de clusterização Louvain (BLONDEL et al., 2008; NEWMAN, 2004), que segmentará o conjunto em múltiplos clusters com base nas conexões de citação e nos graus de proximidade. Em seguida, a tabulação cruzada entre os clusters e a classificação proveniente do dicionário indicará um ranking dos agrupamentos que concentram a maior quantidade de documentos relacionados à saúde, em comparação ao total de resoluções.

Serão selecionados cinco clusters com base na concentração de resoluções sobre saúde em relação ao total de resoluções, levando em conta a consistência desses agrupamentos ao longo de múltiplas execuções do algoritmo de clusterização. Após a identificação das cinco principais discussões temáticas por meio das técnicas computacionais empregadas, será realizada uma análise histórica para examinar a evolução de cada temática de saúde dentro da AGNU. Essa investigação também buscará compreender como esse desenvolvimento institucional se articulou com conferências internacionais, tratados diplomáticos, tensões políticas e transformações culturais que moldaram a história da saúde global ao longo da segunda metade do século XX e do início do século XXI.

Por fim, será realizada uma síntese dos principais achados do estudo, buscando responder de forma abrangente como a agenda de saúde global foi discutida e desenvolvida na AGNU ao longo do tempo. Essa análise permitirá identificar padrões, continuidades e transformações na forma como a saúde foi abordada na AGNU. Além disso, será conduzida uma avaliação crítica das técnicas combinadas empregadas na pesquisa, destacando suas principais vantagens e limitações. Essa reflexão incluirá uma discussão sobre a eficácia do método na identificação das temáticas e na organização de um grande volume de resoluções, evidenciando como os materiais e métodos escolhidos contribuíram para responder à questão central do estudo e quais contribuições ela pode oferecer para pesquisas futuras sobre governança global da saúde.

Esta abordagem se diferencia das metodologias tradicionais de análise de conteúdo em corpos legislativos (CARLEY, 1990; HARWOOD, 2003; PRIOR, 2014) ao combinar análise de redes e texto de forma sistemática, oferecendo uma compreensão mais ampla da estrutura política e das interações entre as diferentes discussões. Ela permite, por exemplo, analisar como uma discussão pode estar interligada a outra ou como certas temáticas emergem e evoluem ao longo do tempo. Com essa metodologia, busca-se fornecer um panorama mais completo e profundo de como as principais temáticas de saúde evoluíram historicamente na AGNU e como a própria estrutura e história da organização influenciou o desenvolvimento dessas discussões ao longo dos anos.

A principal contribuição teórica deste estudo reside na constatação de que a construção da agenda de saúde global na AGNU não apenas evoluiu em direção a uma compreensão mais inclusiva e holística da saúde, mas também acompanhou, de forma paralela e interdependente, a trajetória dos direitos humanos na ONU. Esse processo reflete um avanço

progressivo na forma como a saúde é concebida no cenário internacional, integrando dimensões sociais, políticas e ambientais, e reafirmando seu status como um direito fundamental e um pilar da justiça global.

Para sustentar essa análise, esta dissertação foi estruturada em capítulos que combinam abordagens teóricas, metodológicas e empíricas. Tendo estabelecido essa perspectiva metodológica, o segundo capítulo deste trabalho busca contextualizar e revisar a literatura em Relações Internacionais (RI), traçando relações entre estudos sobre Organizações Internacionais, Governança Global da Saúde e a Assembleia Geral da ONU, aliados às metodologias de análise de tópicos aplicadas na Ciência Política. O terceiro capítulo detalha os procedimentos empregados na investigação, esclarecendo como os métodos de análise e de seleção de tópicos permitem identificar as principais discussões sobre saúde na AGNU.

Já o quarto capítulo apresenta um exame histórico, evidenciando como as questões de saúde foram reformuladas no interior da Assembleia Geral ao longo do tempo. Em seguida, o quinto capítulo expõe os resultados da análise computacional e da análise histórica, introduzindo dois achados originais: a segmentação da evolução da saúde na AGNU em três fases históricas e a distinção entre clusters grandes e pequenos. Por fim, a seção de conclusão reúne as principais contribuições da pesquisa e encerra com as considerações finais.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A PRIMAVERA DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS

As OIs desempenham um papel fundamental na vida dos cidadãos no século XXI. Instituições como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a União Europeia (UE), entre muitas outras, fazem parte do cotidiano global e são essenciais para a compreensão da política internacional e das dinâmicas das sociedades humanas.

Atualmente, essas organizações abrangem praticamente todos os aspectos da vida em sociedade. São compostas por países soberanos e outras entidades jurídicas internacionais, atuando como plataformas de cooperação e diálogo para questões que transcendem as fronteiras nacionais (RITTBERGER et al., 2019). Seu papel é crucial na busca por soluções conjuntas para desafios globais, incluindo a promoção da paz, a defesa dos direitos humanos, o desenvolvimento sustentável, a saúde global, o comércio internacional e a preservação do patrimônio cultural e ambiental. Por meio dessa colaboração, as OIs contribuem para a estabilidade e o progresso da comunidade internacional (RITTBERGER et al., 2019).

O mundo abriga uma vasta rede de OIs intergovernamentais, totalizando cerca de 330, além de mais de 37 mil organizações não governamentais (ONGs) (PEVENHOUSE et al., 2004). No entanto, a proliferação dessas entidades é um fenômeno relativamente recente na história da humanidade. Seu surgimento remonta ao século XIX, impulsionado pelo avanço da globalização e da internacionalização. Inicialmente, o número de OIs era limitado, mas a necessidade de cooperação internacional se intensificou com as duas grandes guerras do século XX, levando a uma expansão significativa dessas instituições.

Vários fatores contribuíram para esse crescimento, incluindo o aumento no número de países no mundo, o avanço nos meios de comunicação e a busca por uma paz perpétua entre eles, para evitar novos conflitos em escala global. Essa evolução preparou o terreno para que os

problemas da humanidade se tornassem cada vez mais internacionais, tornando cada vez mais difícil a resolução de problemas de forma unilateral, já que as questões das relações internacionais agora necessitam do envolvimento de múltiplos atores (RITTBERGER et al., 2019).

Ao longo do século XX, o mundo testemunhou uma verdadeira primavera das OIs, com um crescimento expressivo em número, diversidade e atividades. Esse processo pode ser mensurado a partir dos dados compilados pelo *Yearbook of International Organizations* (1963), que indicam que, em 1909, existiam apenas 37 OIs governamentais. Em 1964, ano da publicação de *Legal Equality*, esse número já havia saltado para 174. Além da expansão numérica, as OIs passaram por um aumento significativo no quadro de funcionários, nos recursos financeiros destinados a suas operações e, conseqüentemente, na sua influência e relevância no cenário global. Esse período foi decisivo para a consolidação da institucionalização das relações internacionais, tornando as OIs atores fundamentais na política mundial.

Antes de analisar as OIs, é fundamental compreender sua definição e distinção em relação a outras instituições internacionais. As OIs são uma subcategoria das instituições internacionais, que, por sua vez, consistem em conjuntos de normas formais e informais que prescrevem papéis comportamentais, impõem restrições e estabelecem expectativas sobre a conduta dos atores internacionais (KEOHANE, 1989). No entanto, nem toda instituição internacional é uma organização internacional.

Um exemplo dessa distinção é o tabu nuclear descrito por Nina Tannenwald (1999), que se configura como uma instituição internacional por representar um conjunto de normas sociais e morais que influenciam a forma como a comunidade internacional lida com as armas nucleares, impondo restrições ao seu uso. No entanto, o tabu nuclear não pode ser classificado como uma organização internacional, pois não possui uma estrutura formal ou base institucionalizada (RITTBERGER et al., 2019).

Diferentemente das instituições internacionais mais informais (KRASNER, 1983; KEOHANE, 1984), que podem surgir de processos diversos e, muitas vezes, espontâneos, as OIs são criadas por acordos explícitos entre governos de Estados soberanos. Sua formalização geralmente ocorre por meio de um tratado constituinte ou outro instrumento legal que lhes confere legitimidade no direito internacional (EILSTRUP-SANGIOVANNI, 2020).

As OIs podem ser classificadas com base em seu escopo, função e grau de centralização. No que diz respeito ao escopo, elas se dividem em *task-specific* e *general purpose* (KOROMENOS et al., 2001; LENZ et al., 2014). As organizações *task-specific* são voltadas para um conjunto restrito de questões e orientadas para a resolução de problemas específicos. Um exemplo clássico desse tipo é a Organização Mundial do Comércio (OMC), cuja principal função é regulamentar e mediar transações comerciais entre países. Já as organizações *general purpose* possuem um escopo mais amplo e abrangem diversas áreas temáticas. A ONU é um exemplo emblemático, pois lida com uma vasta gama de assuntos, incluindo meio ambiente, direitos humanos e segurança internacional (LENZ et al., 2014).

Em relação à função, as OIs podem ser divididas entre aquelas se propõem a estabelecer e elaborar normas e regras, e essas seriam chamadas de *programme organization* e aquelas que se propõem a implementar essas normas e regras, as *operational organizations* (RITTBERGER et al., 2019). A AGNU seria um exemplo de *programme organization* já que toda a sua rotina operacional gira em torno da construção, discussão e votação com eventual aprovação ou arquivamento de resoluções de caráter não vinculativo. Já o Banco Mundial é uma organização internacional que pode ser classificada como *operational organization*, já que a entidade tem como principal objetivo o fornecimento de assistência financeira e técnica para projetos de desenvolvimento, o que implica na pesquisa, análise, promoção e implementação de políticas públicas ao redor do mundo (RITTBERGER et al., 2019).

As OIs podem ser classificadas como centralizadas ou descentralizadas, dependendo do grau em que seu processo decisório é majoritário ou baseado em consenso, bem como do grau em que a implementação das tarefas é delegada aos estados ou à própria organização (KOROMENOS et al., 2001; HOOGHE & MARKS, 2015). Por exemplo, a OTAN é um exemplo de organização descentralizada, pois seu processo decisório é baseado nos princípios de consenso, consulta e unanimidade entre os 30 países membros. Já a União Europeia é um exemplo de organização centralizada, uma vez que os estados membros delegaram a autoridade da implementação para a própria entidade. Além disso, a maioria das decisões nos principais órgãos da União Europeia seguem a lógica da votação por maioria simples.

A AGNU, objeto de interesse deste estudo, pode ser classificada como uma organização de propósito geral (*general purpose*), pois trata de uma ampla gama de temas, como paz e segurança, direitos humanos, desenvolvimento sustentável e questões humanitárias (LENZ et

al., 2014). Além disso, quanto à sua função, como vimos, enquadra-se na categoria de *programme organization*, uma vez que seu principal papel é discutir, elaborar e votar resoluções, que, embora não vinculativas, influenciam normas e padrões internacionais (RITTBERGER et al., 2019). Já em relação à centralização, a Assembleia Geral opera de forma descentralizada, pois suas decisões são tomadas por meio de um processo deliberativo baseado no princípio da igualdade soberana dos Estados-membros, onde cada país tem um voto e as resoluções são adotadas por maioria qualificada ou simples, sem um órgão executivo com autoridade direta sobre sua implementação (KOROMENOS et al., 2001; HOOGHE & MARKS, 2015).

2.2 ORGANIZAÇÕES E AS PRINCIPAIS TEORIAS DAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS.

Organizações Internacionais têm sido objeto de análise das várias correntes teóricas das relações internacionais como o Realismo, o Liberalismo Institucional e o Construtivismo. Estas escolas teóricas divergem principalmente em respeito a real eficácia e utilidade das OI's no sistema internacional.

A primeira tentativa sistemática de institucionalizar as relações internacionais ocorreu no início do século XX, com a criação da Liga das Nações após a Primeira Guerra Mundial. Inspirada por ideais liberais e por uma visão normativa das Relações Internacionais, a Liga foi concebida como um instrumento de segurança coletiva e de prevenção de novos conflitos, refletindo o idealismo clássico e sua crença na possibilidade de construir uma paz duradoura por meio de normas, instituições e mecanismos multilaterais. No entanto, o colapso desse arranjo diante das agressões expansionistas da Alemanha, Itália e Japão e o subsequente desencadeamento da Segunda Guerra Mundial revelaram os limites dessa abordagem. Foi nesse contexto que emergiu o realismo como a primeira grande corrente teórica das Relações Internacionais, estruturada como uma crítica direta ao idealismo liberal. Para os realistas, a falência da Liga das Nações evidenciou a primazia dos interesses nacionais e a impossibilidade de subjugar a lógica de poder estatal a um leviatã internacional. Assim, o realismo propôs uma leitura mais cética do sistema internacional, marcado pela anarquia, pela competição entre Estados e pela busca contínua por segurança e sobrevivência.

De acordo com a perspectiva realista clássica, as OIs desempenham um papel limitado na dinâmica de poder entre os Estados, sendo incapazes de alterar a lógica anárquica do sistema internacional (RITTBERGER et al., 2019). Para os realistas clássicos, não há nenhuma instituição supranacional com autoridade suficiente para modificar a natureza humana ou a essência conflituosa das relações entre os países. Assim, as OIs são vistas como instrumentos de conveniência para os Estados mais poderosos, que as utilizam para implementar suas próprias políticas e perpetuar sua influência no cenário global (RITTBERGER et al., 2019). Nesse sentido, a ideia de um fórum internacional capaz de estabelecer leis e normas em benefício de um suposto bem comum seria apenas uma ilusão, uma fachada que mascara os interesses estratégicos por trás da política internacional.

No entanto, durante as décadas de 1950 e 1960, a ordem internacional passou por transformações significativas, marcadas pelo avanço da interdependência econômica, pelos processos de descolonização e pelo surgimento de novas pautas globais. Diante dessa reconfiguração e das novas formas de competição e disputa no sistema internacional, os Estados passaram a recorrer a instituições como mecanismos para lidar com dilemas coletivos, como os relacionados aos termos de comércio com a criação da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) em 1964 e o Tratado de Não Proliferação Nuclear (TPN) em 1968. Nesse contexto, o realismo passou a ser crescentemente questionado por sua limitação em explicar uma arquitetura internacional cada vez mais institucionalizada e interdependente. Como resposta a essas mudanças, o institucionalismo liberal emergiu na década de 1970 propondo uma alternativa teórica: os Estados, mesmo em um sistema anárquico, criam instituições para reduzir incertezas, aumentar a previsibilidade e viabilizar a cooperação. Autores como Keohane e Nye (1977) argumentam que, diante da complexidade dos fluxos transnacionais, as OIs desempenham um papel central como arranjos formais que coordenam políticas e minimizam os custos de transação entre os atores.

A escola institucionalista, por sua vez, abrange uma ampla gama de abordagens teóricas que compartilham a ideia central de que, em um mundo interconectado e repleto de questões transnacionais, os Estados criam OIs para facilitar a cooperação. As OIs funcionam como canais formais de diálogo e discussão, onde ações conjuntas podem ser elaboradas para lidar com desafios globais. Essa perspectiva explica por que os Estados optam pela cooperação

institucionalizada, por meio das OIs, em vez de se limitarem a colaborações ad hoc (KEOHANE & NYE, 1977).

Dentro do institucionalismo, a teoria do principal-agente surge como uma importante variante, oferecendo um modelo para entender as relações entre os Estados membros e as organizações internacionais que criam. Segundo essa teoria, os Estados delegam certas funções às OIs de maneira racional, reconhecendo que estas possuem a expertise necessária para desempenhar tarefas que os próprios Estados não conseguiriam realizar de forma isolada (HAWKINS et al., 2006; POLLACK, 2003; TALLBERG, 2002). No entanto, para assegurar que seus interesses sejam preservados, os Estados estruturam mecanismos de controle baseados em incentivos materiais e imateriais, garantindo que mantenham influência sobre seus agentes supranacionais.

Apesar de sua relevância, Martin e Simmons (1998) apontam que a teoria institucionalista enfrenta o desafio de focar excessivamente em demonstrar que as instituições funcionam, sem, contudo, apresentar modelos robustos com mecanismos causais que expliquem esse funcionamento. Ainda assim, o institucionalismo, especialmente em sua vertente histórica, oferece contribuições valiosas para a compreensão das Relações Internacionais. Ele equilibra a análise entre padrões específicos e gerais no desenvolvimento institucional, abordando questões centrais, como as transformações nas ordens internacionais e regimes econômicos, além das condições que permitem que Estados mais fracos prevaleçam sobre os mais fortes (FIORETOS, 2011). Ademais, o institucionalismo histórico se destaca na análise de questões contemporâneas, como a emergência de reformas incrementais no sistema internacional moderno e a persistência de lacunas na governança, mesmo diante da necessidade urgente de resolvê-las e de um consenso normativo sobre sua eliminação (FIORETOS, 2011).

As décadas de 70 e 80 foram marcadas por guerras por procuração, crises econômicas e disputas entre países desenvolvidos, contrariando a ideia de que a interdependência levaria automaticamente à cooperação. Nesse contexto, ao final da década de 80 o realismo volta a ganhar força no debate das relações internacionais e também no debate sobre as instituições internacionais. Autores como Krasner (1991), Gruber (2000) e Drezner (2008) argumentaram que o próprio desenho institucional das OIs reflete os interesses desses Estados dominantes. John Mearsheimer (1994; 1995) levou essa visão ao extremo, argumentando que as instituições internacionais são meros epifenômenos, sem impacto significativo sobre o comportamento dos Estados. No entanto, Schweller e Priess (1997) contestam essa posição,

apontando que os argumentos de Mearsheimer, baseados no neorrealismo waltziano (ver WALTZ, 1971; 1979), contradizem a preocupação do realismo tradicional com a origem e o papel das instituições internacionais. Além disso, sua abordagem não levaria em conta a evolução teórica do próprio realismo estrutural, que, em sua vertente mais recente, passou a incorporar diversos insights do institucionalismo neoliberal, reconhecendo que, ainda que limitadas, as OIs podem desempenhar funções relevantes dentro do sistema internacional.

O colapso do bloco soviético em 1991 e o consequente fim da bipolaridade provocaram uma reconfiguração profunda da ordem internacional, marcada pela ascensão de novos atores, temas e dinâmicas, como identidade, cultura, globalização e normas. Esse novo cenário colocou em xeque os modelos analíticos tradicionais que, até então, priorizavam exclusivamente o comportamento estatal e o poder material. A crescente frustração com a incapacidade das principais escolas positivistas das Relações Internacionais de explicar transformações tão significativas levou a um movimento de revisão crítica dos pressupostos epistemológicos e ontológicos da disciplina. Nesse contexto, a partir da década de 1990, ganham destaque as abordagens pós-positivistas, que rejeitam a neutralidade e a pretensão universal da ciência tradicional. Entre essas, o construtivismo se tornou a corrente mais influente, ao propor uma mudança de foco: das estratégias racionais dos Estados para os processos sociais e intersubjetivos que moldam seus interesses, identidades e comportamentos no sistema internacional.

A teoria construtivista das RI enfatiza as interações sociais e a construção de realidades políticas, destacando o papel central das ideias, normas, identidades e valores na dinâmica do sistema internacional. Sob essa perspectiva, os construtivistas argumentam que tanto a criação de instituições internacionais quanto a formação das OIs dependem da existência de um consenso normativo entre os Estados, fundamentado em valores compartilhados (RISSE, 2000; ARCHIBUGI et al., 1998).

Uma das principais contribuições do construtivismo é a noção de que as OIs podem atuar como atores autônomos no sistema internacional, moldando identidades e influenciando os interesses dos Estados (MAIER-RIGAUD, 2008). Essa autonomia decorre de sua capacidade de produzir e disseminar conhecimento, estabelecer normas e definir tarefas compartilhadas em nível global (BARNETT & FINNEMORE, 1999). A interação contínua entre os Estados dentro dessas organizações transforma “uma interdependência de resultados em uma interdependência de utilidade” (WENDT, 1994). Um exemplo concreto desse processo é a

integração europeia, onde décadas de cooperação contribuíram para a construção de uma identidade europeia coletiva, com impacto direto nos interesses nacionais dos Estados-membros (WENDT, 1992).

Outra dimensão central do construtivismo é a ideia de que as OIs possuem uma autoridade burocrática própria, que vai além do poder formalmente delegado pelos Estados. Essa autoridade se sustenta não apenas na expertise técnica, mas também na legitimidade moral e na capacidade de definir agendas internacionais. Órgãos internos, como os secretariados, desempenham um papel essencial na identificação e priorização dos problemas globais mais urgentes (FINNEMORE, 1993). Essa autonomia também explica por que, em certas circunstâncias, as OIs podem buscar resultados políticos que divergem dos objetivos originais de seus Estados membros. Assim, essa abordagem contribui para a compreensão da construção da autoridade interna das OIs, além de evidenciar suas limitações e os desafios que enfrentam em sua atuação (BARNETT & FINNEMORE, 2004; HURD, 2008).

Dos anos 2000 em diante, as abordagens teóricas das RI ofereceram perspectivas complementares para compreender a governança global da saúde por meio das organizações internacionais. O Realismo enfatiza o papel limitado das OIs como instrumentos para a promoção dos interesses dos Estados, revelando como, mesmo em tempos de crise, como a pandemia de COVID-19, a competição por recursos e influência persiste, além de explicar fenômenos emergentes como a securitização da saúde (LO YUK-PING & THOMAS, 2010; RUSHTON, 2015).

Em contraste, o Construtivismo destaca a importância de ideias, normas e interações sociais na formação de políticas e na análise de déficits de autoridade que podem levar a crises de legitimidade (OOMS & HAMMONDS, 2016). Já o Institucionalismo Histórico explica tanto a estabilidade quanto a mudança nas instituições por meio de mecanismos de *path-dependence*, elucidando o surgimento de “proto-instituições” na saúde global, que se mostram mais adaptáveis do que as instituições tradicionais de Bretton Woods, devido à coalizão diversificada de atores estatais e não estatais (HANRIEDER & ZÜRN, 2017; GÓMEZ & ATUN, 2013).

Assim, vê-se que o debate é amplo nas Relações Internacionais atuais, com diferentes perspectivas teóricas oferecendo explicações complementares sobre o papel das organizações internacionais na saúde pública global. Cada abordagem contribui para uma compreensão

mais ampla da governança global da saúde, seja ao evidenciar os limites estruturais impostos pela competição interestatal, ao analisar os mecanismos institucionais que sustentam a cooperação ou ao explorar como ideias e normas moldam as políticas internacionais.

2.3 A GOVERNANÇA GLOBAL DE SAÚDE

2.3.1 História da Governança Global de Saúde

Para compreender a história dos arranjos multilaterais em uma área de interesse, é essencial analisar as condições que levam os Estados a criar OIs. Rittberger et al. (2009) propõem uma tipologia composta por três condições fundamentais para a criação de arranjos multilaterais, a qual será utilizada neste estudo como base para analisar e compreender o desenvolvimento histórico da governança global em saúde.

O primeiro passo nesse processo é a condição do problema, que ocorre quando os Estados identificam uma questão que exige cooperação para ser resolvida (RITTBERGER et al., 2019). Nesse contexto, as OIs são estabelecidas para gerenciar interações, resolver conflitos e alcançar objetivos coletivos (ABBOTT & SNIDAL, 1998). Essas organizações oferecem funções essenciais, como centralização e independência, que permitem aos Estados implementar valores comunitários e cumprir compromissos internacionais de forma mais eficaz (ABBOTT e SNIDAL, 1998).

Em um segundo momento, os Estados precisam reconhecer que esses problemas não podem ser resolvidos isoladamente, nem por meio de acordos bilaterais ou iniciativas ad hoc. Essa etapa é conhecida como a condição cognitiva, onde há um entendimento coletivo da necessidade de uma abordagem multilateral.

Por fim, dado que as negociações internacionais frequentemente envolvem interesses conflitantes, a criação de uma organização internacional torna-se mais provável quando há apoio ou interesse dos grandes players das relações internacionais, caracterizando a condição hegemônica (RITTBERGER et al., 2019). Esses atores exercem influência significativa no

sistema internacional, desempenhando um papel crucial na viabilização da cooperação multilateral e na fundação das OIs.

O papel das OIs na área sanitária está intrinsecamente ligado ao início do multilateralismo moderno. Ao término da primeira revolução industrial, o mundo se encontrava mais interligado do que nunca, com o rápido crescimento do transporte internacional e dos fluxos transfronteiriços. Essa crescente interação entre as nações também resultou em um aumento significativo nos problemas de saúde pública que afetam diversos países simultaneamente, o que impulsionou a necessidade de cooperação (condição do problema). As estruturas da governança de saúde global emergiram junto com a crescente interdependência entre os países (HARMAN, 2012).

Em 1851, com o objetivo de padronizar os regulamentos de quarentena internacional para combater o cólera, a peste e a febre amarela, o governo da França organizou a primeira Conferência Sanitária Internacional. Este evento marcou o início de um século de intensa atividade diplomática no enfrentamento de doenças infecciosas. Embora a conferência tenha reunido apenas algumas potências europeias, como Áustria, Grã-Bretanha, Grécia, Portugal, Rússia, Espanha, França, Império Otomano, Estados Papais, Sardenha, Toscana e as Duas Sicílias, conseguiu-se um avanço importante com o acordo sobre a Convenção Sanitária (HOWARD-JONES, 1975).

A conferência evidenciou que os problemas de saúde não poderiam ser solucionados exclusivamente por meio de resoluções unilaterais, demandando, em vez disso, um arranjo coletivo para enfrentar as principais questões sanitárias que assolavam os países. Esse momento reflete claramente a condição cognitiva, na qual os Estados reconhecem que a cooperação internacional é indispensável para lidar com desafios que ultrapassam fronteiras nacionais.

A partir de então, sete outras conferências foram organizadas, desenvolvendo-se, ao longo do tempo, um quadro normativo que levou ao estabelecimento de instituições cada vez mais sólidas e de caráter duradouro na área de saúde internacional, o que culminou na criação da Organização Pan-Americana de Saúde (1902) e do Gabinete Internacional de Saúde Pública (1907), mais antigas agências de saúde internacional do planeta. Quando a Liga das Nações

foi estabelecida em 1920 após a segunda, foi criada a Organização da Saúde da Liga das Nações.

Em última análise, assim como a própria Liga das Nações, a organização de saúde não conseguiu alcançar efetividade. Na época, o governo dos Estados Unidos resistiu à inclusão do Gabinete Internacional de Higiene Pública na estrutura da Liga e optou por não ratificar o Tratado de Versalhes, documento fundador da organização (HARMAN, 2012). A eclosão da Segunda Guerra Mundial levou ao colapso da Liga e ao enfraquecimento de qualquer forma de cooperação global que não estivesse diretamente vinculada a alianças militares (HARMAN, 2012).

Nesse contexto, embora o multilateralismo na área da saúde estivesse dando seus primeiros passos, ele falhou ao não atender à condição hegemônica. A ausência de apoio de grandes potências, como os Estados Unidos, e a crescente fragmentação da ordem internacional, impulsionada pelas tensões que culminaram no conflito global, foram fatores determinantes para que a cooperação internacional em saúde não se consolidasse nesse período.

Após os eventos que marcaram a Segunda Guerra Mundial, o sistema ONU acabou por absorver as organizações de saúde previamente citadas em sua criação, o que resultou na fundação da OMS em 1948, evento que marca uma ruptura em vários aspectos em relação à abordagem anterior ao controle de doenças infecciosas (MARKEL, 2014). Dentre estes aspectos, destacam-se, a centralização em uma única agência universal das funções anteriormente exercidas por várias agências internacionais, um maior poder normativo, a mudança do conceito de saúde para “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, não sendo apenas a ausência de doenças, e o fato de que o controle de doenças infecciosas tornou-se parte integrante de um mandato constitucional mais amplo e integrado para perseguir os mais diversos aspectos da saúde pública (MARKEL, 2014).

Um marco fundamental histórico na governança global foi a adoção do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 1969, um instrumento jurídico vinculativo que abrange todos os Estados da organização. Seu principal objetivo é auxiliar a comunidade internacional na prevenção e resposta a riscos graves de saúde pública que possam atravessar ou tenham o potencial de atravessar fronteiras nacionais.

Entretanto, a epidemia de SARS em 2003 expôs limitações do RSI, demonstrando a necessidade de fortalecer a capacidade da OMS de coordenar respostas internacionais a

emergências sanitárias. Como resposta, o RSI foi atualizado em 2005, conferindo à OMS novos poderes, como a autoridade para decretar uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (PHEIC) e a exigência de que os Estados-membros reforçassem suas capacidades nacionais de resposta a emergências.

Com esse novo arcabouço legal, a agência passou a liderar a coordenação de diversas crises sanitárias globais. Sob a autorização do novo RSI, a OMS atuou no combate à pandemia de H1N1 em 2009, à poliomielite em 2014, ao Zika vírus em 2014, ao Ebola em 2014 e 2018, e, mais recentemente, à COVID-19 em 2020 (GOSTIN, 2020).

O papel da OMS na pandemia da COVID-19 tem sido amplamente investigado, gerando debates sobre sua atuação e os desafios enfrentados (por exemplo, KUZNETSOVA, 2020; HARMAN, 2020). Um outro avanço significativo nos mecanismos de resposta da organização foi a criação, em 2015, do *Contingency Fund for Emergencies* (CFE), um fundo de contingência que ampliou os recursos da OMS, permitindo respostas mais rápidas a surtos de doenças e emergências sanitárias.

A partir de 2020, a OMS desempenhou um papel crucial na resposta à crise sanitária da COVID-19. Atuando como uma plataforma de coordenação global, facilitou a comunicação entre os países, promoveu o compartilhamento de informações e forneceu orientações técnicas embasadas em evidências científicas para governos e populações no enfrentamento do coronavírus. Sua atuação foi essencial para articular esforços globais e promover uma resposta coordenada diante de um dos maiores desafios sanitários da história recente.

Ainda sim, o multilateralismo em questão de saúde na atualidade encontra-se sob desafio. Desde as estruturas econômicas predominantes até a ascensão das corporações transnacionais, da crescente influência de filantropos em níveis nacional e internacional ao desmonte sistemático dos sistemas de saúde financiados publicamente – esses fatores estruturais têm impactado diretamente os processos de tomada de decisão no cenário internacional (PATNAIK, 2025). Além disso, o surgimento de fóruns de decisão alternativos, compostos por um número reduzido de países, tem distorcido a forma como as questões de saúde global são discutidas e governadas. A natureza da cooperação internacional sofreu transformações, não apenas devido a dinâmicas geopolíticas, mas também pelo fortalecimento dos interesses bilaterais e regionais entre os países (PATNAIK, 2025).

Ainda assim, há espaço para o sucesso do multilateralismo em saúde. A busca por uma maior segurança sanitária global pode se tornar um elemento catalisador para a construção de consensos dentro de processos decisórios multilaterais (PATNAIK, 2025).

2.3.2 Desenvolvimento de Governança Global de Saúde na Literatura de RI

O termo "governança global de saúde", introduzido por Dodgson et al. (2002), tornou-se um conceito central nas políticas e práticas de saúde internacional, impulsionado pelas crescentes preocupações com a cooperação global e pelos impactos da globalização nos determinantes de saúde (BAMBAS et al., 2000). Esse conceito reflete a interconexão dos desafios sanitários que ultrapassam fronteiras nacionais (HARMAN, 2012; LEE & KAMRADT-SCOTT, 2014; MCINNES, 2014) e pode ser interpretado sob três perspectivas ontológicas: globalização e governança da saúde, governança global e saúde, e governança para a saúde global (LEE & KAMRADT-SCOTT, 2014)³.

Apesar da fragmentação aparente, observa-se uma convergência entre OIs, impulsionada por normas de metagovernança, que promovem maior coordenação e harmonização na governança global da saúde (HOLZSCHEITER et al., 2016). O conceito tem sido analisado por diferentes perspectivas, incluindo segurança nacional, direitos humanos e bens públicos globais (RUGER, 2012). No entanto, ainda carece de um quadro teórico sólido que conecte a justiça sanitária global à governança da saúde, servindo de base para orientar reformas eficazes no sistema global de saúde (RUGER, 2012).

As OIs e ONGs desempenham um papel fundamental na governança global da saúde, promovendo a cooperação internacional, a diplomacia e o enfrentamento de desafios transnacionais (PANTZERHIELM et al., 2019). Instituições como a GAVI, o *Global Fund*, a UNICEF, o UNDP, o UNFPA, o Banco Mundial, a OMS e a AGNU desempenham um papel central na coordenação de respostas globais e na definição de normas de saúde internacionais.

Apesar de sua relevância, a literatura aponta déficits estruturais nos arranjos institucionais da governança global da saúde. Autores como Lee (2010) argumentam que as OIs falham em atender de maneira eficaz às demandas sanitárias globais, enfrentando lacunas de mandato

³ A abordagem de globalização e governança da saúde refere-se aos atores institucionais, arranjos e processos de formulação de políticas que governam questões de saúde em um mundo cada vez mais globalizado; já na abordagem de governança global e saúde, o foco é em como as instituições de fora do setor de saúde influenciou os determinantes de saúde; nos estudos de governança para a saúde global a preocupação é para com os arranjos de governança necessários para promover os objetivos comuns de saúde.

(LEE et al., 1996), falta de representação, transparência limitada e desigualdades na distribuição de recursos (GOSTIN, 2009; SHIFFMAN, 2008). Como resposta a esses desafios, a inclusão de organizações da sociedade civil tem sido amplamente defendida como uma estratégia para fortalecer a legitimidade e a eficácia das OIs no enfrentamento das crises de saúde global (LEE, 2009; 2010).

Como discutido anteriormente (ver seção 2.3.1), a OMS se estabelece como a instituição central na governança global da saúde. De acordo com Ruger e Yach (2009), a OMS desempenha um papel fundamental na coordenação de atores internacionais e no estabelecimento de normas globais de saúde. No entanto, a crise do Ebola em 2014 expôs suas limitações operacionais, desencadeando apelos por reformas institucionais e uma possível reestruturação de sua autoridade, priorizando capacidades operacionais em vez de apenas expertise técnica (MCINNES, 2015).

A eficácia da OMS na implementação de suas funções essenciais é crucial para a governança da saúde global, mas sua atuação é frequentemente limitada por restrições orçamentárias e pela redução de suas atividades (RUGER & YACH, 2009). Além disso, a organização enfrenta desafios na elaboração e aplicação de regulamentos vinculativos, bem como na implementação de instrumentos de *soft law*⁴, o que compromete sua capacidade de resposta eficaz às crises sanitárias internacionais.

Embora a OMS seja o principal órgão da governança global da saúde, ela compartilha esse cenário com uma rede diversificada de atores. Burci (2018,) observa que o aumento desses atores fez a OMS focar em funções normativas e baseadas em evidências. Alguns críticos veem essa fragmentação como uma diluição de sua autoridade (BROWN e LADWIG, 2020), enquanto outros acreditam que isso trouxe flexibilidade ao sistema internacional (HARMAN, 2020).

A OMC, por exemplo, destacou-se ao regular o acesso a medicamentos por meio do TRIPS. A Declaração de Doha, em 2001, permitiu flexibilidade para acesso a medicamentos genéricos durante crises de saúde como o HIV/AIDS (SELL, 2003). De forma semelhante, o CSNU reconheceu o HIV/AIDS como uma ameaça à segurança internacional na Resolução

⁴ O termo *soft law* refere-se a instrumentos quasi-legais (como recomendações ou diretrizes) que não têm nenhuma força juridicamente vinculativa, ou cuja força vinculativa é um pouco mais fraca do que a força vinculativa da lei tradicional. A *soft law* é frequentemente contrastada com a *hard law* (DRUZIN, 2017) .

1308 (2000), destacando seu impacto na estabilidade dos Estados, além do escopo da OMS (RESOLUTION, 2000).

Em um contexto de crescente flexibilização do sistema internacional, torna-se essencial observar outros corpos políticos que possam exercer algum grau de autoridade na área da saúde, como a AGNU. É evidente que em circunstâncias de entraves ou crises de legitimidade da OMS outras OIs podem assumir um papel mais relevante, mobilizando debates, articulando respostas coletivas e impulsionando a configuração da agenda global de saúde. Esse cenário reforça a importância de analisar a atuação de múltiplos atores na governança sanitária, considerando sua capacidade de influenciar políticas, definir prioridades e responder a desafios emergentes.

2.4 A ASSEMBLEIA GERAL DA ONU

Este trabalho examina a Assembleia Geral da ONU, uma organização pouco considerada nos estudos sobre saúde global. Ainda que não execute diretamente ações técnicas como a OMS ou financie como fundações e governos, a AGNU insere-se na governança global de saúde ao legitimar prioridades, chamar atenção para temas específicos e mobilizar compromissos internacionais, cumprindo um papel normativo e politizador (SMITH & SHIFFMAN, 2018).

De acordo com a Carta das Nações Unidas, a AGNU é um dos seis principais órgãos da ONU, atuando como seu principal órgão deliberativo, de formulação de políticas e representativo. Seus poderes, composição, funções e procedimentos estão detalhados no Capítulo IV da Carta. A AGNU possui diversas responsabilidades, como aprovar o orçamento da ONU, nomear os membros não permanentes do Conselho de Segurança, eleger o secretário-geral da ONU, receber relatórios de outras partes do sistema da ONU e emitir recomendações por

meio de resoluções⁵. Além disso, desempenha um papel importante na criação de órgãos subsidiários, estabelecidos para promover e apoiar a execução de seu amplo mandato⁶.

A AGNU reúne-se anualmente sob a presidência de seu presidente ou do secretário-geral da ONU no Edifício da Assembleia Geral, localizado na sede da ONU, em Nova York. A fase principal dessas reuniões ocorre, geralmente, entre setembro e janeiro, período no qual busca abordar todas as questões da agenda antes do início da próxima sessão. Além das reuniões regulares, a AGNU pode ser convocada para sessões especiais ou sessões especiais de emergência, conforme necessário, para tratar de questões urgentes ou de grande relevância internacional.

A Carta das Nações Unidas (Artigo 10) permite à AGNU deliberar sobre praticamente qualquer tema, e os temas relacionados com a saúde têm vindo a entrar na agenda ao longo dos anos. Normalmente, vêm à superfície acompanhar discussões sobre desenvolvimento, direitos básicos, e assistência aos países mais pobres. As resoluções sob esse padrão vão desde as generalistas, tais como a resolução recorrente "Saúde Global e Política Externa", a iniciativas mais direcionadas (por exemplo: diminuir a malária na África ou a cólera no Haiti).

Nos últimos anos, a AGNU tem desempenhado um papel crescente na agenda da saúde global⁷, ampliando sua influência e promovendo debates de alto nível sobre questões sanitárias críticas. A história da saúde na AGNU pode ser dividida em três principais fases (ver Capítulo 5), refletindo a evolução da governança global da saúde. A primeira fase (1940-1970) concentrou-se na expansão dos princípios fundadores da ONU, associando a saúde à consolidação de direitos básicos e à resposta às atrocidades da Segunda Guerra Mundial. A segunda fase (1970-1990) marcou a inclusão de grupos vulneráveis, como pessoas com deficiência, idosos, mulheres e crianças, demonstrando uma crescente conscientização sobre suas necessidades específicas e a incorporação dessas demandas às políticas de saúde globais.

Por fim, a terceira fase (1990-presente) inaugurou uma abordagem mais centrada no indivíduo e integrada ao desenvolvimento sustentável, promovendo uma visão holística da saúde, que

⁵ [Charter of the United Nations: Chapter IV Archived](#) 12 de out. 12 2007. Nações Unidas. Acesso em 4 de fev. 2025.

⁶ ["Subsidiary Organs of the General Assembly"](#). *United Nations General Assembly*. Archived from [the original](#) on 15 July 2018. Acesso em 4 de fev. 2025

⁷ WHAT can the UN General Assembly do for global health? *The Lancet*, v. 382, p. 1000, 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61959-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61959-5). Acesso em: 5 de fev. 2025

considera fatores sociais, ambientais e culturais. Essa perspectiva se alinha ao conceito de One Health, que reconhece a interdependência entre a saúde humana, animal e ambiental, reforçando a necessidade de soluções integradas para os desafios sanitários contemporâneos.

Na governança global de saúde, a AGNU destaca-se como um fórum político inclusivo e globalmente reconhecido, desempenhando um papel essencial na legitimação moral e na configuração de agendas internacionais (CLAUDE, 1996). Diferentemente de agências especializadas como a OMS, a AGNU oferece um espaço de discussão que transcende as fronteiras estritamente técnicas, possibilitando que temas como saúde, meio ambiente e direitos humanos sejam debatidos de forma integrada. Como “dispensador de aprovação e desaprovação politicamente significativas”, a Assembleia confere legitimidade ou contestação a decisões tomadas em outras instâncias, funcionando como um parâmetro de reconhecimento coletivo para a comunidade internacional (CLAUDE, 1996). Em consonância com essa perspectiva, Smith e Shiffman (2018) apontam que a AGNU também exerce influência na configuração de agenda, por meio de resoluções e declarações políticas que moldam a percepção pública e fomentam a priorização de certos temas no debate global.

Além de conferir legitimidade, a Assembleia Geral pode impactar decisões práticas, como sugerem Thacker (1999), Alesina e Dollar (2000) e Andersen et al. (2006). Seus estudos demonstram que o alinhamento de votos na AGNU exerce influência direta sobre a quantidade de ajuda financeira que os países recebem uns dos outros, evidenciando um efeito tangível da dinâmica de votação sobre relações de cooperação e assistência internacional.

Esse poder de canalizar recursos e atrair a atenção para questões específicas reforça a relevância da AGNU, que muitas vezes atua como um catalisador de parcerias e compromissos políticos em temas que exigem coordenação multilateral, como a saúde global. Assim, mesmo sem possuir mecanismos de coerção vinculativos, a Assembleia Geral exerce uma autoridade moral e diplomática que pode direcionar fluxos de recursos e legitimar ou refutar ações de Estados e outras organizações (ZÜRN et al., 2012).

Historicamente, a AGNU também teve papel determinante na criação ou endosso de outras agências e comitês voltados para questões de saúde. Em 3 de dezembro de 1955, por exemplo, a Resolução 913 (X) estabeleceu o UNSCEAR, encarregado de coletar dados sobre níveis e impactos da radiação ionizante. Posteriormente, em sua Resolução S-26/2, a Assembleia

endossou a criação do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, evidenciando sua capacidade de impulsionar iniciativas internacionais de saúde.

Além disso, entre 2001 e 2019, a AGNU realizou cinco sessões especiais de alto nível sobre temas fundamentais da saúde global: HIV/AIDS (2001), doenças não transmissíveis (NCDs) (2011), resistência antimicrobiana (AMR) (2016), tuberculose (TB) (2018) e cobertura universal de saúde (UHC) (2019). A primeira dessas sessões, em 2001, teve como foco a crise da HIV/AIDS, impulsionada pelo crescimento alarmante da epidemia na África e pelos desafios políticos na democratização do acesso a medicamentos (MURPHY & KELLOW, 2013).

Esses exemplos ilustram como, apesar de não dispor de mecanismos coercitivos formais, a AGNU assume um papel decisivo na promoção de políticas e na consolidação de compromissos multilaterais, tanto ao respaldar a formação de estruturas institucionais quanto ao direcionar a atenção da comunidade internacional para temas prioritários (CLAUDE, 1996; SMITH & SHIFFMAN, 2018). Nesse sentido, o papel da Assembleia Geral na governança global de saúde vai além da simples discussão normativa, pois envolve a criação e difusão de normas e a capacidade de reunir atores estatais e não estatais em torno de metas comuns, refletindo seu estatuto de instância política central no sistema onusiano.

A AGNU tem ampliado seu papel na governança global da saúde, consolidando-se como um ator cada vez mais central tanto na formulação de políticas internacionais quanto na resposta a crises sanitárias globais. Reconhecendo o potencial da AGNU para abordar questões essenciais de saúde e estabelecer bases jurídicas sólidas, estudos como o de Rodi et al. (2022) analisam os documentos das sessões especiais de saúde da AGNU e constataam que, ao longo dos anos, o aumento do suporte dos países e a maior participação da sociedade civil nesses processos resultaram em maior visibilidade e compromisso com os desafios da saúde global.

2.5 A DINÂMICA TEMÁTICA NAS OIS E A ANÁLISE DE REDES

Estudos recentes na ciência política têm explorado os processos decisórios nas OIs e nos

órgãos legislativos nacionais. Ao longo do tempo, estudiosos passaram de descrições de estruturas para análise de padrões de votação e interações na Assembleia Geral da ONU (VOLGY, 1973; VOETEN, 2000; HOSLI et al., 2010). Pesquisas examinaram a forma como mecanismos institucionais decisórios se adaptam a desafios como a globalização e as democracias de massas, considerando abordagens teóricas como a escolha racional e as perspectivas sociológicas (MARTIN et al., 2014). A complexidade das OIs levou a diversas abordagens metodológicas, incluindo o contratualismo, a análise de regime e o construtivismo, com alguns autores a defender abordagens multimétodos (HURD, 2011).

Reconhecendo as semelhanças entre as assembleias internacionais e as legislaturas nacionais, investigadores sugerem que a aplicação das teorias do processo legislativo poderia melhorar a compreensão dos resultados das OIs. A análise comparativa dos procedimentos decisórios nas OIs oferece oportunidades para o desenvolvimento de novas teorias, especialmente considerando a influência da política de poder nessas organizações (CONRAD & MONROE, 2020).

Os estudos sobre a evolução de ideias e discursos dentro de OIs representam uma das fronteiras mais relevantes da teoria política global contemporânea (BÉLAND & ORENSTEIN, 2013). Esses estudos, frequentemente referidos como distribuição de tópicos, são tradicionalmente aplicados à análise de parlamentos nacionais para compreender o planejamento de políticas externas e as dinâmicas diplomáticas (KULLAA, 2016). No entanto, foi com pesquisas como a de Béland e Orenstein (2013) que esse tipo de análise foi transposta para o contexto das OIs. Os autores investigam como as temáticas dentro dessas organizações, particularmente as ideias e discursos, evoluem e impactam as políticas públicas globais.

Mesquita (2023) segue uma linha semelhante ao aplicar *path analysis* nas resoluções da AGNU, identificando os documentos e tópicos mais significativos para a evolução institucional da organização. Da mesma forma, Hecht (2016) analisa a evolução do tema da governança democrática nos Debates Gerais da UNGA entre 1992 e 2014. Esses estudos buscam capturar a evolução e a institucionalização de temas dentro das OIs.

Um aspecto notável nos estudos sobre distribuição de tópicos é a forma como os temas abordados podem tangenciar a temática principal da organização. Um exemplo é o estudo de Schoenfeld et al. (2019), que destaca a importância de debates sobre o papel das mulheres no

contexto de segurança no CSNU, além de tópicos relacionados ao clima e desastres naturais. Por outro lado, outros autores, como Panke et al. (2021), focam na interação entre o debate temático e o desenho institucional das organizações, mostrando como essas estruturas moldam a própria natureza das discussões.

Estudos recentes em RI têm adotado a análise de redes como ferramenta para explorar a complexidade das interações na governança global e aprofundar os estudos sobre a distribuição de tópicos. Essa metodologia permite examinar tanto os aspectos estruturais quanto os relacionais de fenômenos, onde os nós representam atores, como organizações e indivíduos, e as arestas indicam suas conexões, como colaborações, alianças ou fluxos de recursos. A análise de redes se destaca por sua eficácia em visualizar dinâmicas de interação, identificar padrões de distribuição de recursos e destacar atores centrais, desempenhando um papel essencial no entendimento dos sistemas de governança global e suas interconexões.

Grandjean (2017) aplicou essa metodologia para investigar a cooperação intelectual na Sociedade das Nações durante os anos 1920, utilizando uma vasta documentação de arquivo para mapear as interações entre organizações e indivíduos. Da mesma forma, Kim (2020) usou a análise de redes para examinar a estrutura da governança global, explorando se essa arquitetura é fragmentada, policêntrica ou complexa, e propondo um framework para operacionalizar essas características em termos de rede.

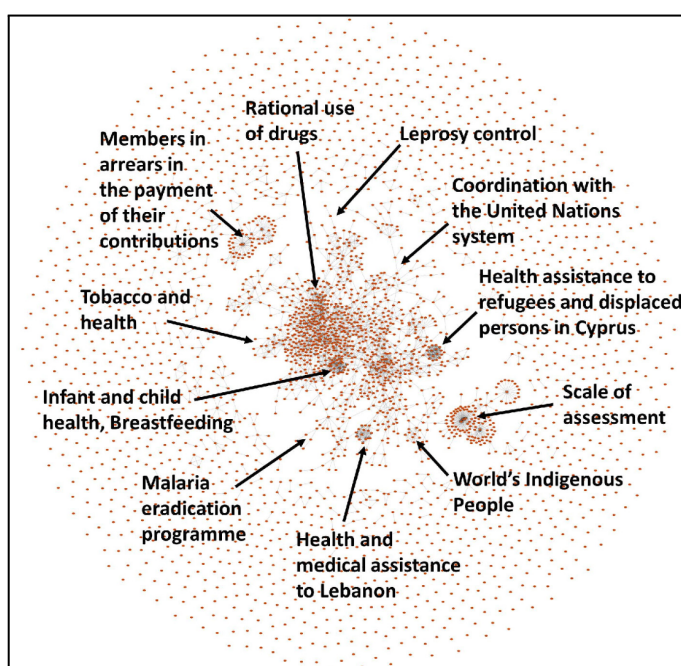
Mesquita & Pires (2024) utilizaram análise de redes para examinar o corpus de resoluções da AGNU de 1946 a 2019⁸, explorando a rede de citações entre as resoluções. Os resultados do estudo revelaram que resoluções altamente citadas, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, atuaram como núcleos estruturadores de clusters temáticos que emergiram e se consolidaram ao longo dos anos. Os principais clusters identificados abordam direitos humanos, desenvolvimento, descolonização e paz e segurança, e o estudo monitora sua evolução, oferecendo uma perspectiva baseada em dados sobre a interação entre esses temas desde 1946.

No campo da governança global de saúde, Werni et al. (2023) empregaram uma abordagem assistida por computador para analisar sistemas de governança como redes de normas, identificando tópicos em comunidades densamente conectadas e destacando a importância da análise de redes na compreensão da complexidade desses sistemas. Holzscheiter et al.

⁸ Este estudo utiliza a base de dados compilada e atualizada por Mesquita & Pires como referência para a construção da rede de citações dos documentos da AGNU (ver Capítulo 4).

(2024) também utilizaram a análise de redes sociais para explorar as relações interorganizacionais de oito grandes OIs na saúde global entre 1970 e 2017, elucidando como essas entidades se posicionam e interagem dentro do campo da governança da saúde.

Figura 1 - Alguns clusters visíveis na rede de resoluções da Assembleia Mundial da Saúde (1948-2022).



Fonte: Werni et al. (2023)

O estudo de 2023 construiu uma rede de citações de documentos que mostra a distribuição temática das discussões na Assembleia Mundial da Saúde, o principal órgão legislativo e deliberativo da OMS. O presente estudo visa expandir esse tipo de análise, criando uma rede semelhante que abrange a distribuição temática das discussões sobre saúde na OMS, OMC, CSNU, AGNU e ECOSOC (Conselho Econômico e Social) ao longo do tempo.

O presente estudo adota uma abordagem similar à dos trabalhos mencionados, ao construir redes de citação de documentos para AGNU, com o objetivo de analisar as dinâmicas e discussões sobre saúde global. O principal resultado será a criação de redes, como a ilustrada na Figura 1 (WERNI et al., 2023), que mapeiam as principais discussões temáticas relacionadas à saúde nessa organização. Essa abordagem possibilita uma análise mais aprofundada da governança multilateral, oferecendo novas perspectivas sobre como as

temáticas de saúde evoluíram na organização ao longo do tempo em interação com os acontecimentos históricos e tratados que marcaram as relações internacionais.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi concebido para investigar as principais temáticas e a estrutura das discussões sobre saúde na AGNU. Diferentemente das metodologias tradicionais de análise de conteúdo em corpos legislativos, que muitas vezes se concentram exclusivamente na interpretação direta dos textos, esta pesquisa adota uma abordagem que combina o uso de um dicionário de palavras-chave, análise de redes e detecção de clusters. Essa combinação metodológica permite criar um panorama mais detalhado e profundo das discussões de saúde, revelando como essas temáticas estão distribuídas e interconectadas dentro da AGNU. Ao integrar essas técnicas, tem-se como resultado uma compreensão mais abrangente da dinâmica política subjacente e de como as principais questões de saúde se articulam no contexto das resoluções da Assembleia.

O produto central desta dissertação é a construção de uma rede que captura as interações entre as resoluções da AGNU relacionadas à saúde. Em termos gerais, uma rede (ou grafo) é uma estrutura composta por nós (vértices) que representam entidades e arestas que representam as conexões ou interações entre essas entidades (NEWMAN, 2018). No contexto deste estudo, os nós representam as resoluções da Assembleia, e as arestas indicam as citações entre essas resoluções. A análise de redes é uma abordagem metodológica que permite explorar a estrutura e as dinâmicas das interações dentro de um conjunto de dados, revelando padrões, centralidades e clusters que poderiam não ser evidentes em uma análise tradicional. Ao aplicar a análise de redes nos documentos da AGNU, este estudo visa mapear a complexidade das discussões de saúde tendo em vista a própria estrutura do organismo internacional e como essa burocracia impacta o debate em torno das temáticas.

3.1 CONSTRUÇÃO DA REDE DE CITAÇÕES DE DOCUMENTOS DA AGNU.

Os dados para a construção da rede foram extraídos diretamente da base de dados *UN General Assembly Resolutions Text*⁹ (MESQUITA & PIRES, 2024), que contém o conteúdo completo de todas as resoluções publicadas de 1946 até 2022 da AGNU, totalizando 19.281 resoluções com seus respectivos textos integrais. Um componente essencial da base de dados *UN General Assembly Resolutions Text* é a *edgelist*, uma representação tabular das conexões ou arestas em um grafo, amplamente utilizada na análise de redes. Em um grafo, os nós (ou vértices) representam entidades, neste caso as resoluções, enquanto as arestas representam as relações ou interações entre essas entidades. A *edgelist* organiza essas conexões em um formato estruturado, geralmente composto por duas colunas principais: uma coluna "from", que indica o nó de origem, e uma coluna "to", que indica o nó de destino da conexão. Especificamente, a *edgelist* na base *UN General Assembly Resolutions Text* representa as conexões entre resoluções, onde cada aresta corresponde a uma ocasião em que um documento X cita outro documento Y. No total, a base de dados contém 92.583 arestas, representando o total de ocasiões em que uma resolução da AGNU citou outra.

As citações entre as resoluções da AGNU desempenham um papel crucial, similar ao que ocorre nas análises bibliométricas¹⁰. Uma alta concentração de citações, ou centralidade em grau, aponta para documentos influentes, enquanto a co-citação de fontes permite a identificação de comunidades temáticas. Além disso, a literatura sobre a AGNU destaca que as citações servem para demonstrar continuidade de apoio, cristalizar precedentes favoráveis e conservar a linguagem acordada, reduzindo assim o atrito em futuras negociações

⁹ O *UN General Assembly Resolutions Text* é um corpus que contém o texto original de todas as resoluções adotadas pela Assembleia Geral da ONU de 1946 a 2019. Para além do texto, contém metadados sobre cada resolução e dados relacionais que indicam as citações entre as resoluções da Assembleia Geral da ONU.

¹⁰ A bibliometria é um domínio dentro da ciência da informação que se preocupa em quantificar fenômenos informacionais, especificamente através de instâncias materiais, como artigos de periódicos (de Bellis, 2009: 3).

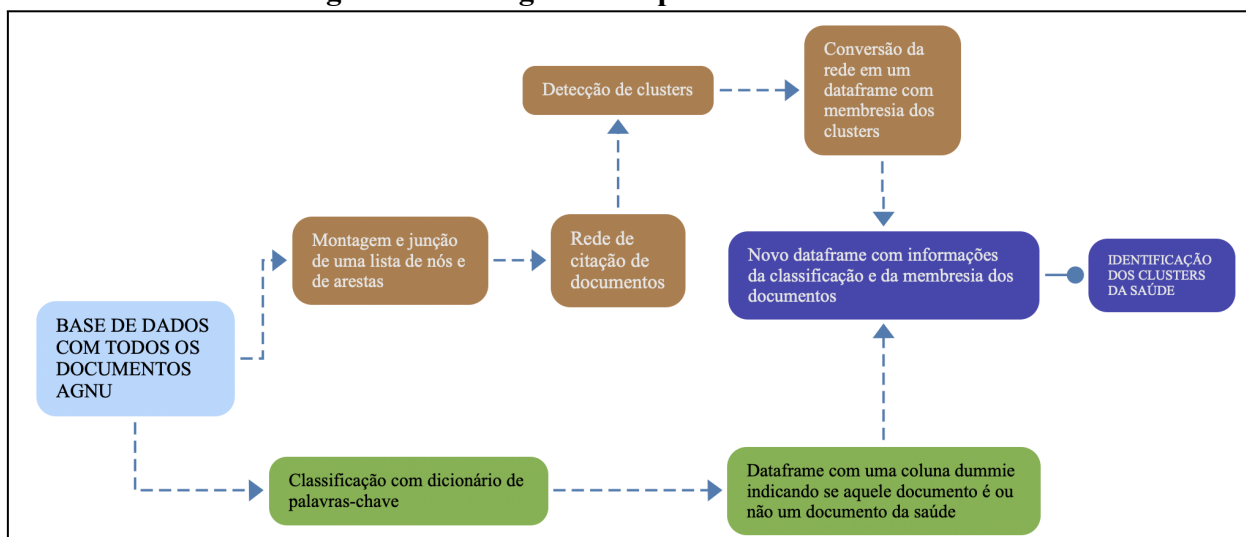
(MESQUITA & PIRES, 2024). Quando uma resolução cita outra, ela legitima suas propostas, fundamentando-se em discussões e decisões anteriores, o que confere ao novo documento um respaldo que transcende a vontade isolada de um país ou agente. Essas citações também evidenciam a interconexão entre subtemáticas dentro de um tema maior, revelando a complexidade e as nuances das discussões. Por exemplo, uma resolução sobre pessoas com deficiência que cita documentos sobre acesso à tecnologia demonstra que esses temas estão profundamente interligados.

Para que possamos interpretar adequadamente o significado das conexões de citação entre as resoluções de saúde dentro do contexto de uma organização internacional, é fundamental criar uma rede onde os nós, representados pelas resoluções, estejam interligados por arestas, que simbolizam as citações entre esses documentos.

A partir da junção da lista de nós e de arestas, foi construída uma rede abrangente que representa todos os documentos da história da AGNU e as citações entre eles. Com essa rede em mãos, dois processos simultâneos foram implementados para aprofundar a análise. O primeiro processo envolveu a aplicação de um dicionário de palavras-chave para identificar as resoluções relacionadas à saúde, conforme descrito na seção 3.2. O segundo processo consistiu na aplicação de um algoritmo de detecção de clusters à rede, detalhado na seção 3.3, com o objetivo de identificar comunidades temáticas dentro do conjunto de resoluções.

Na sequência, na seção 3.4, será explicada a integração desses dois processos através de uma tabulação cruzada, mostrando como as temáticas dos clusters foram extraídas e analisadas a partir dessa combinação. Finalmente, a seção 3.5 abordará a validação da consistência dos clusters identificados, realizada ao longo de múltiplas execuções do algoritmo, assegurando a estabilidade dos clusters e facilitando a replicabilidade do estudo. Este processo está devidamente representado no fluxograma da figura 1.

Figura 2 - Fluxograma do processo de análise



Fonte: O autor (2025)

No fluxograma, a cor azul claro representa a base inicial *UN General Assembly Resolutions Text*, de onde todos os dados necessários para o processo de análise são extraídos. Em verde, está indicado o processo de análise do dicionário de palavras-chave, conforme detalhado na Seção 3.2. A cor marrom refere-se ao processo de construção da rede e à aplicação do algoritmo Louvain para a detecção de clusters, descrito nas Seções 3.1 e 3.3. Finalmente, em roxo, é apresentado o processo de Integração da Análise de Redes, Dicionário de Palavras-Chave e Identificação das Temáticas dos Clusters, abordado e explicado na Seção 3.4.

3.2 CONSTRUÇÃO DO DICIONÁRIO DE PALAVRAS-CHAVE.

Após a construção da rede de citações a partir da base de dados que abrange todos os documentos da AGNU, o processo de análise foi estruturado em duas etapas distintas, conforme ilustrado na Figura 1. A primeira etapa envolveu a criação de uma rede de citações e a subsequente aplicação de um algoritmo de clusterização para identificar grupos de documentos com base na força das conexões entre eles. Paralelamente, o segundo processo foi implementado com o objetivo de identificar os documentos que tratam de temas relacionados à saúde. Para isso, foi desenvolvido um dicionário de palavras-chave, de modo que qualquer

documento que contivesse uma ou mais dessas palavras em seu texto fosse classificado como um documento relacionado à saúde.

Embora haja maneiras mais sofisticadas de elaborar um dicionário de palavras-chave para um corpus, neste trabalho optou-se por uma abordagem simplificada. Os termos selecionados para compor o dicionário – *"healthcare"*, *"disease"*, *"medicine"*, *"epidemic"*, *"pandemic"*, *"world health organization"*, *"immunodeficiency"*, *"pharmaceutical"*, *"medical"* e *"health insurance"* – foram escolhidos com o intuito de capturar resoluções que tratam de forma substantiva da governança global da saúde, evitando termos excessivamente amplos que poderiam incluir documentos cujo foco não é majoritariamente sanitário. A seleção desses termos foi orientada pela busca por um equilíbrio entre abrangência e especificidade, garantindo que o dicionário incluía resoluções relevantes sem comprometer a precisão da análise.

Cada termo reflete dimensões essenciais da saúde no cenário internacional. "Healthcare" engloba a provisão de serviços médicos e as políticas voltadas ao acesso universal à saúde, enquanto "disease" permite identificar resoluções focadas na prevenção e no combate a enfermidades, sejam elas transmissíveis ou não transmissíveis. O termo "medicine" foi incluído para contemplar discussões sobre desenvolvimento, distribuição e acesso a medicamentos e tratamentos.

A inclusão de "epidemic" e "pandemic" é fundamental para captar resoluções que abordam a gestão de crises sanitárias e a resposta global a surtos de doenças, um tema que ganhou ainda mais relevância após a pandemia de COVID-19. Da mesma forma, "world health organization" foi incorporado para garantir que resoluções que mencionam a OMS sejam identificadas, dada sua importância na governança da saúde global.

Outros termos foram escolhidos para assegurar a captura de debates específicos. "Immunodeficiency" foi inserido para englobar discussões sobre doenças como HIV/AIDS, que continuam sendo um tema prioritário em fóruns internacionais. "Pharmaceutical" abrange a indústria de medicamentos e vacinas, incluindo questões regulatórias e de inovação. O termo "medical" complementa essa abordagem ao incluir resoluções que tratam de infraestrutura hospitalar, formação profissional e práticas médicas. Por fim, "health insurance" reflete debates sobre financiamento da saúde e mecanismos de proteção social, temas fundamentais para a cobertura universal de saúde.

A exclusão de termos excessivamente genéricos, como "health", foi uma decisão estratégica para evitar que resoluções que mencionam saúde de forma superficial fossem erroneamente classificadas como relevantes. Um exemplo disso é a resolução *Sustainable Mountain Development* (A/RES/74/227, 2020), que menciona desafios no acesso à saúde para populações em áreas montanhosas, mas cujo foco principal é a preservação ambiental. Se "health" fosse incluído, haveria o risco de capturar documentos cujo escopo principal não se alinha diretamente às questões de governança sanitária global. Assim, a seleção de termos busca garantir que a análise se concentre em resoluções que abordam saúde de maneira substancial, minimizando vieses e assegurando maior precisão na segmentação temática.

Tendo em vista o principal objetivo desta pesquisa que é identificar as prioridades temáticas relacionadas à saúde na AGNU, a delimitação precisa dos termos é um procedimento fundamental para garantir que a análise se concentre em resoluções que tratam diretamente dessas questões. Esse enfoque permite uma compreensão mais precisa das prioridades e das dinâmicas discursivas dentro da AGNU.

A aplicação do dicionário de palavras-chave ao corpus de resoluções resultou na identificação de 2.078 documentos que continham os termos de saúde selecionados, representando 10,78% do total de documentos do corpus. Essa seleção possibilitou um enfoque mais direcionado e relevante na análise subsequente, assegurando que as resoluções analisadas fossem aquelas com maior pertinência aos temas de saúde.

3.3 APLICAÇÃO DO ALGORITMO DE DETECÇÃO DE CLUSTERS.

Em paralelo ao processo de análise do dicionário de palavras-chave e após a construção da rede por meio da integração da *nodelist* com a *edgelist*, foi aplicado um algoritmo de clusterização à rede. Como destaca Newman (2018), a capacidade de identificar grupos ou clusters em uma rede é uma ferramenta poderosa para revelar a estrutura interna dessas redes. Além disso, essa técnica permite dividir uma rede ampla em componentes menores e mais manejáveis, o que é particularmente útil para análises detalhadas. Esse enfoque é fundamental para este estudo, pois o objetivo não é apenas realizar uma análise baseada no conteúdo dos

documentos, mas também considerar como a estrutura da rede de resoluções da AGNU influencia e molda as discussões sobre saúde.

Em uma rede de citação de documentos em um foro internacional, um cluster representa um debate contínuo ao longo do tempo. Dentro de um cluster, os documentos estão mais intensamente interligados entre si, isto é, fazem referências uns aos outros mais frequentemente do que aos de fora do cluster, refletindo uma linha de raciocínio coesa dentro da organização internacional. Assim, um cluster pode ser entendido como uma trajetória de discussão que conecta documentos por meio de uma lógica temática ou jurisprudencial revelando como as ideias e decisões se agrupam, evoluem e se estruturam ao longo do tempo dentro daquele contexto institucional.

Emmons et al. (2016) afirmam que a clusterização envolve a tarefa de atribuir um conjunto de objetos a comunidades de modo que os objetos dentro de uma mesma comunidade sejam mais semelhantes entre si do que em relação a objetos de outras comunidades. Na análise de redes, a literatura define "semelhança" com base na topologia da rede. Os algoritmos de clusterização procuram capturar a noção intuitiva de que os nós de uma comunidade estão fortemente conectados entre si, mas têm poucas conexões com nós de outras comunidades. Cada algoritmo de clusterização busca preservar um tipo específico de informação sobre a rede.

Nesta análise, foi utilizado o algoritmo Louvain, que oferece um equilíbrio eficaz entre a exatidão na estimativa da modularidade máxima¹¹ e a complexidade computacional, que é essencialmente linear em relação ao número de arestas no grafo (BLONDEL et al., 2008). Esse equilíbrio é crucial para o presente estudo, uma vez que estamos lidando com uma grande quantidade de dados em uma rede complexa de resoluções. Ainda sim, é preciso salientar que o Louvain possui um elemento randômico e por isso pode gerar resultados variáveis em diferentes rodadas.

Por fim, a aplicação do Louvain dividiu a rede em várias comunidades. As 19.281 resoluções foram agrupadas em cerca de 2.500 comunidades. Mais precisamente, o número médio de comunidades obtidas pelo Louvain em 100 tentativas de clusterizar a rede foi 2.535,4 com um desvio padrão (σ) de 4,90 indicando uma pequena variação em torno da média de

¹¹ Modularidade é uma métrica amplamente utilizada na análise de redes para quantificar a qualidade da divisão de uma rede em comunidades ou clusters. Essa métrica avalia se os nós dentro das mesmas comunidades estão mais densamente conectados entre si do que com nós de comunidades diferentes, proporcionando uma medida da estrutura comunitária da rede. (NEWMAN, 2004)

comunidades identificadas. Entre as maiores comunidades destacam-se a de Desenvolvimento Sustentável e Apoio às Nações em Desenvolvimento, e a de Questões Jurídico-Institucionais com Enfoque em Direitos Humanos (ver figura 1). Essas comunidades se configuram como grandes clusters, com mais de 1.000 documentos cada, e possuem um caráter temático mais abrangente do que os clusters menores. Esta etapa de aplicação do algoritmo estabelece uma base sólida para a próxima fase, que integrará a análise de redes com o dicionário de palavras-chave, proporcionando uma visão abrangente das discussões sobre saúde na AGNU.

3.4 INTEGRAÇÃO DA ANÁLISE DE REDES, DICIONÁRIOS DE PALAVRAS-CHAVE E IDENTIFICAÇÃO TEMÁTICA DOS CLUSTERS

Ao final do processo de análise do dicionário de palavras-chave, foi gerado um novo *dataframe* em que cada linha representa um dos documentos da AGNU. Nesse *dataframe*, foi adicionada uma nova coluna com uma variável *dummy*, que indica se o documento em questão está relacionado à saúde, ou seja, se contém alguma das palavras do dicionário em seu texto. Paralelamente, ao término do processo de análise de rede e clusterização, foi obtido outro *dataframe*, no qual cada linha também corresponde a um documento, agora com uma coluna adicional indicando em qual cluster o documento foi alocado após a aplicação do algoritmo de clusterização Louvain. Por exemplo, os documentos X e Y poderiam estar alocados no cluster identificado pelo número 4, enquanto o documento Z estaria no cluster 7.

A partir desse ponto, os dois *dataframes* foram integrados, de modo que, para cada documento, agora se dispõe de informações sobre sua membresia na rede e se seu conteúdo menciona ou não temas de saúde, conforme os critérios estabelecidos.

Com o *dataframe* consolidado, foi realizada a extração de um ranking que indicou quais clusters possuíam a maior proporção de documentos relacionados à saúde em relação ao total de documentos do cluster. A métrica utilizada foi: $\text{Proporção} = \frac{\text{Número de documentos de saúde no cluster}}{\text{Número Total de documentos no cluster}}$. A escolha dessa métrica, em vez de

uma simples contagem absoluta de documentos de saúde, se justifica pela disparidade nos tamanhos dos clusters, o que reflete a estrutura das discussões dentro da AGNU.

Clusters grandes, como aqueles relacionados aos direitos humanos ou ao desenvolvimento sustentável, tendem a conter mais de mil documentos, abrangendo uma ampla gama de temas, e, naturalmente, acabam por incluir uma maior quantidade absoluta de documentos de saúde. Em contrapartida, clusters menores, que tratam de questões mais específicas, como o uso pacífico do espaço sideral, possuem menos documentos, mas podem ter uma proporção significativa de resoluções focadas em saúde dentro de sua temática mais restrita.

Dessa forma, ao utilizar a proporção, garantiu-se a identificação dos clusters que atribuem uma importância relativa maior às discussões sobre saúde dentro de seu contexto temático geral. Assim, os clusters que aparecem no topo do ranking são aqueles em que uma maior porcentagem de todas as suas resoluções aborda questões de saúde, enquanto os clusters com menor proporção de resoluções mencionando saúde ocupam posições mais baixas. Optou-se por limitar a análise aos 10 primeiros clusters do ranking, com o objetivo de focar em grupos onde a saúde é uma prioridade significativa dentro da AGNU.

Após identificar os 10 clusters com maior proporção de documentos relacionados à saúde, surgiu o desafio de interpretar o conteúdo desses clusters, já que eles estavam representados apenas por números identificadores. Para extrair o conteúdo relevante, utilizou-se uma combinação da medida de centralidade de grau¹², que é um dos indicadores mais simples e eficazes de importância de um nó dentro da rede (HIGGINS & RIBEIRO, 2018), e análise de nuvens de palavras, utilizando-se o pacote *wordcloud2*.

Primeiramente, para cada um dos clusters do ranking, foi criado um novo ranking dos 20 documentos relacionados à saúde com maior centralidade dentro daquele cluster. A partir desses 10 novos rankings, foram geradas nuvens de palavras para cada um, com o objetivo de obter uma visão geral das temáticas de saúde que permeavam as discussões naquele cluster. Ao final desse processo, todos os documentos que participaram da análise foram armazenados em uma base de dados para consultas posteriores. As seguintes temáticas foram identificadas: (1) Pessoas com Deficiência (PCD), (2) Desenvolvimento Sustentável e Apoio às Nações em Desenvolvimento, (3) Situação dos Direitos Humanos na República Árabe Síria, (4) Efeitos

¹² A centralidade de grau mede a importância de um nó em uma rede com base no número de arestas que incidem sobre ele. Em outras palavras, um nó com um maior número de conexões diretas (arestas) será considerado como tendo uma centralidade mais elevada dentro da rede.

da Radiação Atômica, (5) Assistência Econômica e Financeira a Países em Crise, (6) Questões Jurídico-Institucionais com Enfoque em Direitos Humanos, (7) Questões Relacionadas à População Idosa, (8) Saúde e Segurança dos Assistentes Humanitários e Voluntários da ONU, (9) Usos Pacíficos do Espaço Sideral, (10) Desenvolvimento Social da Juventude. Os resultados desse processo estão sintetizados na Tabela 1.

3.5 VALIDAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DOS CLUSTERS

Durante a análise dos clusters, identificou-se que o algoritmo de clusterização utilizado (Louvain) apresentava uma sensibilidade significativa a mudanças na ordem dos clusters, o que resultava em variações na colocação dos clusters no ranking, além de alterações no número de documentos associados a cada cluster e, em alguns casos, até mesmo a aglutinação de clusters menores por clusters maiores. Para mitigar esses problemas e assegurar a estabilidade dos clusters, foi implementado um procedimento metodológico com o objetivo de identificar clusters de documentos em uma rede de citações que fossem consistentes ao longo de múltiplas execuções do algoritmo de detecção de clusters. Esta abordagem foi crucial para garantir que os resultados da análise fossem confiáveis e replicáveis, mesmo diante das variações introduzidas pela natureza estocástica do algoritmo Louvain.

O primeiro passo para criar um teste de validação capaz de identificar clusters consistentes em múltiplas rodadas do algoritmo envolveu, em um primeiro momento, a seleção dos documentos mais importantes dentro dos clusters previamente identificados (ver seção 3.4). Para cada cluster, foram escolhidos cinco documentos com base em sua centralidade dentro do cluster¹³. Além disso, foi atribuído a cada cluster um tamanho esperado (pequeno ou grande), determinado pelo número de resoluções que o compunham. Clusters com mais de mil resoluções foram classificados como grandes, enquanto clusters menores foram categorizados como pequenos. Esse procedimento foi fundamental para garantir que a

¹³ Embora a centralidade tenha sido um critério importante para a seleção dos documentos, não foi o único fator determinante. Em alguns casos, como no cluster de "Usos Pacíficos do Espaço Sideral", optou-se por incluir documentos com centralidade menor. Isso ocorreu porque, no topo da lista dos documentos com maior centralidade, havia vários documentos com nomes e textos quase idênticos, diferenciados apenas por pequenas alterações, que não contribuiriam significativamente para a análise metodológica.

estrutura dos clusters fosse preservada, evitando que clusters grandes absorvessem clusters menores indevidamente, como poderia acontecer entre o cluster de "Desenvolvimento Sustentável" e o cluster de "Pessoas com Deficiência".

Em suma, a partir de uma análise qualitativa inicial, foi criado um procedimento para observar como os 10 clusters identificados se comportavam ao longo de 100 rodadas do algoritmo Louvain. Esse processo foi fundamental para melhorar a consistência da análise e facilitar a replicabilidade dos resultados.

A etapa subsequente envolveu a replicação dos passos iniciais da análise, utilizando o mesmo dicionário de palavras-chave (ver seção 3.2). As palavras-chave foram novamente empregadas para identificar quais clusters apresentavam maior proporção de resoluções da saúde, o que era central para o objetivo do estudo. A rede de citações foi mais uma vez montada, e o algoritmo Louvain foi aplicado repetidamente, em um total de 100 execuções, cada uma com uma semente aleatória diferente, a fim de avaliar a consistência dos clusters identificados.

Após a execução do algoritmo, foi realizada uma validação dos clusters identificados em cada rodada, utilizando dois critérios principais. O primeiro foi o Teste de Presença, que verificou se pelo menos quatro dos documentos pré-selecionados de um cluster específico estavam agrupados dentro do mesmo cluster identificado pelo algoritmo. O segundo foi o Teste de Tamanho, que avaliou se o tamanho do cluster identificado era coerente com o tamanho esperado (pequeno ou grande). Somente os clusters que atenderam a ambos os critérios foram considerados válidos ao final do processo (ver tabela 2).

Tabela 1 - Validação de Clusters com Base em Testes de Presença e Tamanho

Cluster	Teste de presença	Teste de tamanho	Validade do cluster	Seed
Pessoas com Deficiência	1	0	0	8358
Pessoas com Deficiência	0	1	0	217
Pessoas com Deficiência	1	1	1	8157
Desenvolvimento Sustentável	0	1	0	8358
Desenvolvimento Sustentável	1	1	1	217
Desenvolvimento Sustentável	1	1	1	8157

Fonte: O autor (2025)

A Tabela 2 apresenta um exemplo ilustrativo do processo de validação de clusters utilizando dois critérios: teste de presença e teste de tamanho. Os clusters "Pessoas com Deficiência" (PCD) e "Desenvolvimento Sustentável" foram analisados com diferentes seeds (8358, 217, 8157). A validade do cluster foi determinada pela combinação dos resultados obtidos nos testes mencionados. Clusters que obtiveram sucesso em ambos os testes foram considerados válidos para a respectiva seed, enquanto aqueles que falharam em qualquer um dos testes não foram considerados válidos.

Para avaliar a estabilidade dos clusters, os resultados de cada uma das 100 execuções foram consolidados em um único *dataframe*. Em seguida, foram calculadas as seguintes métricas de desempenho para cada cluster: Frequência, que representou o número de vezes que cada cluster foi considerado válido nas diferentes execuções, isto é, continha as quatro resoluções importantes pré-selecionadas e o tamanho esperado; Proporção Ponderada, um escore combinado, calculado pela multiplicação da frequência pela proporção de documentos da saúde em relação ao todo, fornecendo uma medida integrada de importância e estabilidade de cada cluster.

Tabela 2 - Proporções Ponderadas e Frequência dos Clusters da Saúde

Cluster	proporção de documentos da saúde	frequência	proporção ponderada
Questões Jurídico-Institucionais com Enfoque em Direitos Humanos	0,30563	96	58,68130
Questões Relacionadas à População Idosa	0,26464	100	52,92704
Desenvolvimento Sustentável e Apoio as Nações em Desenvolvimento	0,31171	65	40,52233
Efeitos da Radiação Atômica	0,20058	100	40,11550
Situação dos Direitos Humanos na República Árabe Síria	0,20827	94	39,15470
Usos Pacíficos do Espaço Sideral	0,18346	100	36,69273
Saúde e Segurança dos Assistentes Humanitários e Voluntários	0,21491	84	36,10488
Assistência Econômica e Financeira a Países em Crise	0,23544	60	28,25331
Pessoas com Deficiência	0,35144	36	25,30345
Desenvolvimento Social da Juventude	0,14823	39	11,56170

Fonte: O autor (2025)

Finalmente, com base nas métricas calculadas, foram gerados rankings dos clusters, destacando aqueles que se mostraram mais estáveis, frequentes e relevantes para o tema da

saúde (ver tabela 1). Esses resultados permitiram uma análise mais aprofundada e informada dos clusters identificados, destacando aqueles de maior importância dentro do contexto da rede de citações analisada, além de garantir a estabilidade dos clusters ao longo de múltiplas rodadas do algoritmo.

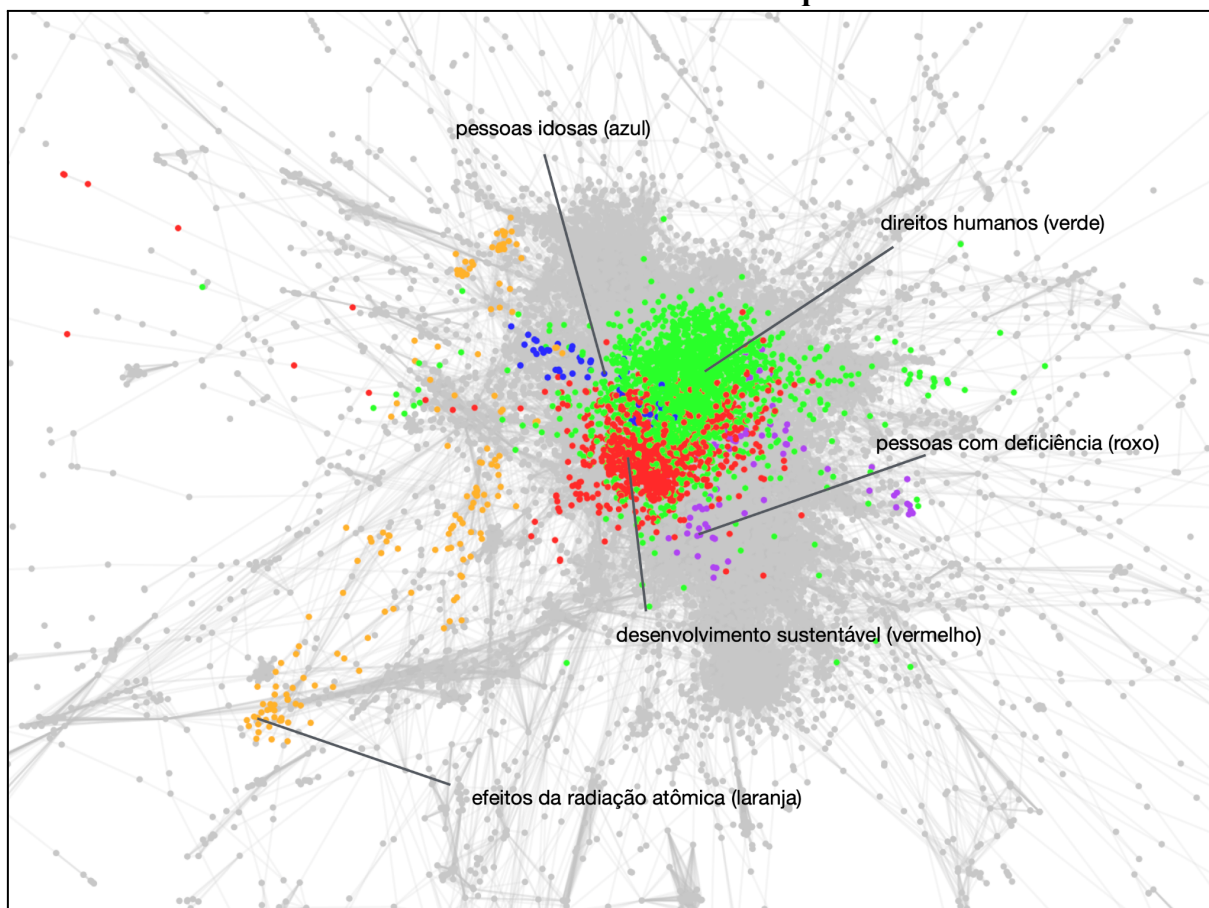
4 ANÁLISE QUALITATIVA DOS CLUSTERS DA AGNU COM FOCO EM SAÚDE

Com base nos resultados das 100 rodadas, que consideraram tanto a proporção dos documentos de saúde em relação ao total quanto a proporção ponderada dos clusters, foram selecionados cinco clusters para uma análise detalhada e histórica de sua evolução ao longo do tempo. Para garantir uma análise abrangente, os três primeiros clusters foram escolhidos com base na maior proporção de documentos de saúde ao final das 100 rodadas: (i) Direitos Humanos, com aproximadamente 30% de documentos de saúde em relação ao total; (ii) Questões Relacionadas à Pessoas com Deficiência, com cerca de 35%; e (iii) Desenvolvimento Sustentável, com cerca de 31%.

Além disso, dois clusters adicionais foram selecionados com base na proporção ponderada, que considera a frequência com que o cluster aparece ao longo das rodadas, multiplicada pela proporção de documentos de saúde. Esse critério visa capturar a consistência dos clusters ao longo do tempo: (iv) Questões Relacionadas à População Idosa, com uma proporção ponderada de aproximadamente 52,92; e (v) Efeitos da Radiação Atômica, com proporção ponderada de aproximadamente 40,11.

A escolha desses clusters baseou-se na premissa de que, para o presente estudo, os grupos mais relevantes são aqueles que abordam de forma mais incisiva as questões de saúde. Assim, foram inicialmente selecionados os três clusters com maior proporção de documentos de saúde, pois estes refletem discussões mais diretas sobre o tema em comparação aos outros grupos identificados. No entanto, a consistência dos clusters também foi considerada essencial para uma análise robusta, o que motivou a inclusão de clusters com alta proporção ponderada, garantindo a seleção de grupos mais estáveis e recorrentes nas diversas rodadas.

Figura 3 - Rede de Citações de Resoluções da AGNU com Clusters Temáticos Relacionados à Saúde em Destaque.



Fonte: O autor (2025)

A figura representa a estrutura completa da rede de citações entre resoluções da AGNU. Os nós coloridos correspondem aos clusters analisados neste estudo (2.078 resoluções), classificados conforme sua temática. Em cinza, estão as demais 17.203 resoluções que compõem a rede, mas não foram objeto de análise específica.

Dos cinco clusters selecionados, todos os documentos foram analisados, com especial atenção àqueles com maior grau de centralidade — isto é, resoluções com um número elevado de conexões diretas, indicando maior influência e relevância na rede. Esse critério permitiu uma abordagem mais dinâmica, sobretudo para os clusters mais extensos, como direitos humanos e desenvolvimento sustentável. A combinação dessa métrica com a data de publicação e a análise do conteúdo textual possibilitou mapear a difusão dessas resoluções ao longo do tempo, examinar seus temas centrais e avaliar sua posição estratégica dentro da rede, estabelecendo uma base analítica consistente para a investigação.

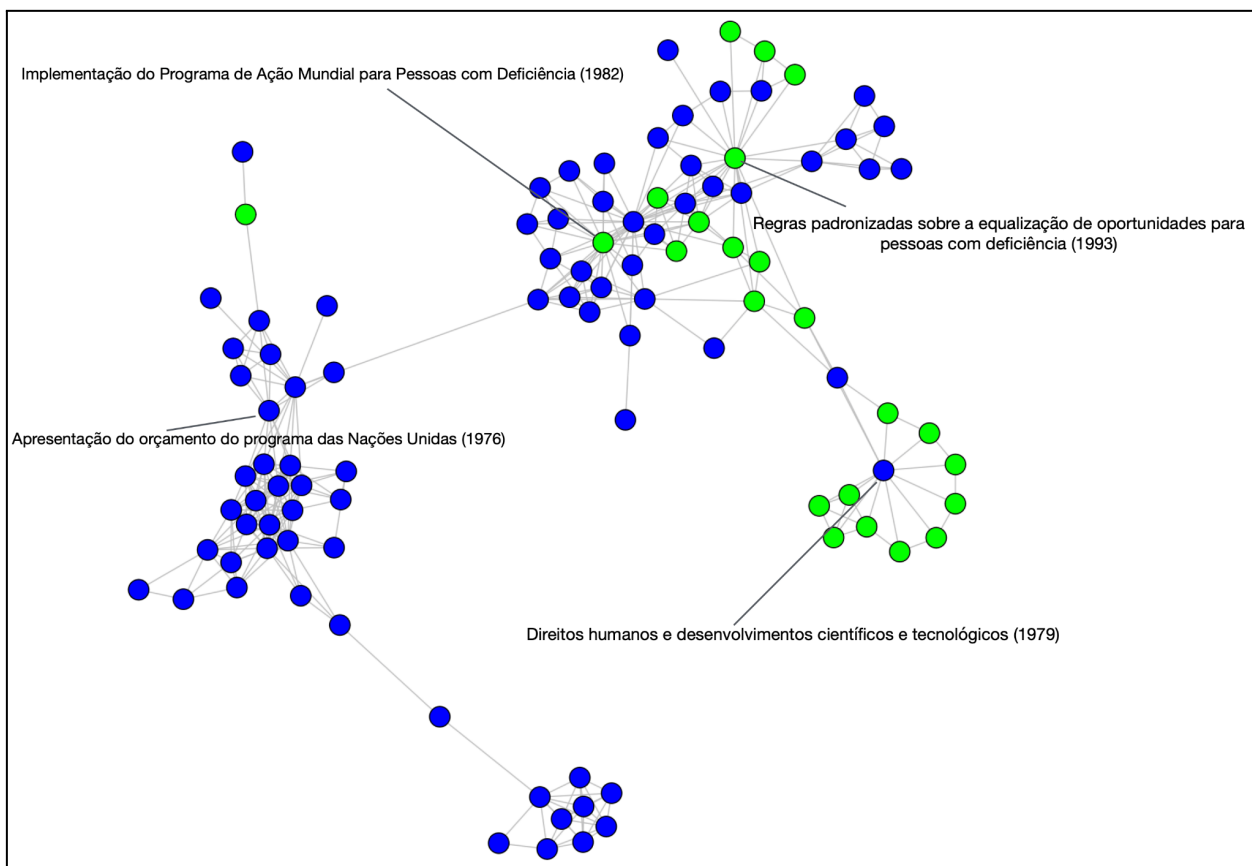
É importante destacar que, em diferentes execuções do algoritmo de clusterização, alguns documentos e discussões apareceram em múltiplos clusters ao longo das rodadas, evidenciando a sensibilidade do algoritmo. Documentos como a *United Nations Millennium Declaration*, *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development* e a *Convention on the Rights of Persons With Disabilities* alternaram sua classificação entre os clusters de desenvolvimento sustentável, direitos humanos e pessoas com deficiência, no caso da Convenção.

A temática do HIV também refletiu essa sensibilidade do algoritmo Louvain, aparecendo ora no cluster de direitos humanos, ora no de desenvolvimento sustentável. Para garantir uma análise mais sistemática, este capítulo foca nos resultados obtidos a partir de duas sementes específicas do algoritmo. Os clusters de desenvolvimento sustentável, direitos humanos e pessoas idosas foram analisados na semente 123, enquanto os clusters de pessoas com deficiência e efeitos da radiação atômica foram examinados na semente 447.

4.1 QUESTÕES RELACIONADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)

4.1.1 Panorama Geral do Cluster

Figura 4 - Rede de Citação de Resoluções do Cluster de PCD



Fonte: O autor (2025)

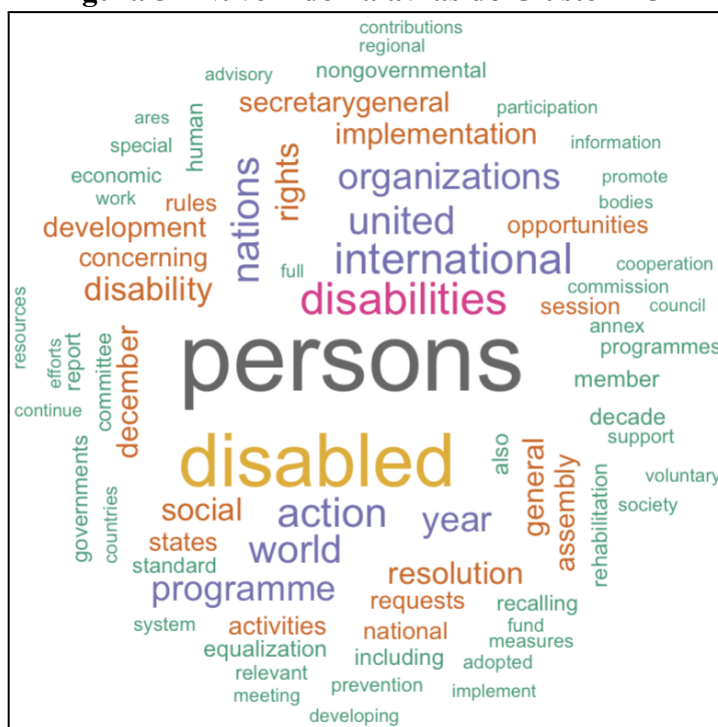
Os nós em azul correspondem às resoluções que não foram classificadas como de saúde, pois seu corpus não apresenta nenhuma das palavras-chave definidas no dicionário. Os nós em verde, por outro lado, representam as resoluções que, de acordo com esse dicionário, são classificadas como relacionadas à saúde. As linhas chamam a atenção para resoluções de interesse, evidenciando onde elas se localizam na rede e como se conectam com o resto da rede.

O *cluster* PCD destacou-se por abordar questões específicas de saúde relacionadas a pessoas com deficiência e por ser o *cluster* com a maior proporção de resoluções de saúde em relação ao total de documentos (35%). Isso sugere que a produção em temas de saúde é um componente central deste *cluster*. O tema das pessoas com deficiência foi identificado principalmente através do uso do pacote *wordcloud2* em uma das rodadas em que o *cluster* apareceu, gerando a nuvem de palavras apresentada na Figura 2. Palavras de destaque como “*disabilities*”, “*persons*”, “*rights*”, “*mental*” e “*social*” revelaram que as resoluções deste *cluster* estão fortemente relacionadas aos direitos e questões sociais das pessoas com deficiência. Termos como “*human*” e “*rights*” sugerem um foco nos direitos fundamentais, o que indica que, nas rodadas em que o *cluster* não aparece, ele pode estar sendo aglutinado pelo *cluster* de direitos humanos.

A temática das Pessoas com Deficiência constitui um núcleo específico dentro da rede analisada (Figura 2), interligando-se não apenas a debates voltados diretamente para os

direitos das PCD, mas também a discussões mais amplas sobre o impacto dos direitos humanos no desenvolvimento tecnológico e as implicações orçamentárias dentro da AGNU (como também mostra a Figura 2). Esse entrelaçamento é particularmente relevante¹⁴ no que tange à relação entre os direitos humanos e o desenvolvimento tecnológico, pois evidencia que a questão das PCD está diretamente vinculada aos avanços tecnológicos voltados para a melhoria da qualidade de vida desse grupo.

Figura 5 - Nuvem de Palavras do Cluster PCD



Fonte: O autor (2025)

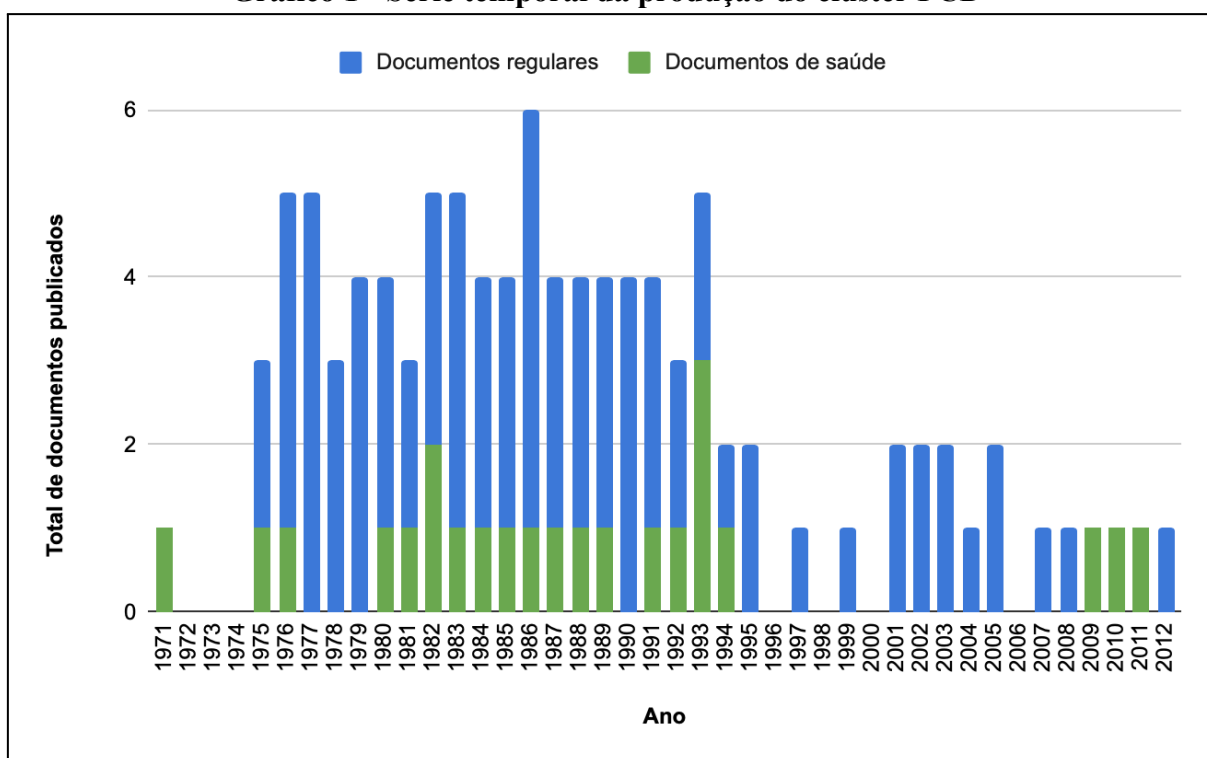
O documento mais central do *cluster* é o *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*, que possui centralidade de grau 31, sendo o documento mais bem conectado na rede como um todo e dentro do cluster (total de 8 conexões com outros documentos do cluster). Isso faz sentido, pois, embora não sejam juridicamente vinculantes, as *Standard Rules* representam um compromisso significativo e histórico dos governos para a promoção da igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência que inicia uma nova fase de irradiação de documentos sobre o tema. A análise da evolução temporal revela três principais ondas de produção de documentos pela Assembleia Geral da ONU: uma nos anos

¹⁴ Nota-se que a questão orçamentária, apesar de também estar ligada a temática das pessoas com deficiência, possui uma conexão mais frágil, como mostra a Figura 2.

1980, que se estende até o final da década; outra nos anos 1990, de 1992 a 1996; e uma terceira que começa em 2008 e vai até 2012.

4.1.2 Análise histórica das resoluções.

Gráfico 1 - Série temporal da produção do cluster PCD



Fonte: O autor (2025)

O documento mais antigo, *"Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons"* (Resolução 2856 (XXVI)), data de dezembro de 1971. Apesar de conter uma linguagem desatualizada, como o uso do termo "pessoas retardadas" em vez do mais apropriado "pessoas com deficiência", este documento é o primeiro marco normativo da Assembleia direcionado à questão das pessoas com deficiência.

Ele destaca-se por ser pioneiro ao reconhecer os direitos desse grupo, citando-se e baseando-se em outros documentos da ONU, como a Declaração do Progresso Social e Desenvolvimento, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Declaração dos Direitos

das Crianças. O documento estabelece sete pontos principais que servem como alicerces para as resoluções subsequentes nesta temática. Dentre as principais inovações da carta estão; o reconhecimento de que as pessoas com deficiência mental têm os mesmos direitos que outras pessoas; o direito à segurança econômica e a um padrão de vida decente, incluindo o direito ao trabalho produtivo; a proteção contra abusos ou tratamento degradante e o direito a cuidados apropriados.

Em 1975, a "*Declaration on the Rights of Disabled Persons*" (Resolução 3447 (XXX)) foi proclamada pela Assembleia Geral, atualizando a linguagem e ampliando os direitos estabelecidos anteriormente a outras deficiências não-mentais. Este documento reconheceu a necessidade de prevenir deficiências físicas e mentais e de assistir as pessoas com deficiência no desenvolvimento de suas habilidades, promovendo sua integração na vida normal tanto quanto possível.

Após essa atualização, o tema das pessoas com deficiência permaneceu não ganhou uma resolução própria na AGNU durante meia década, até voltar com força em 1981, ano em que foi proclamado o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência pela Organização das Nações Unidas e pelo então presidente dos Estados Unidos, Ronald Reagan (Proclamação 4818, 1981)¹⁵. A partir desse momento, houve uma nova irradiação de documentos sobre as pessoas com deficiência que durou até o final da década de 1980.

Mas pouco antes da irradiação de documentos de saúde que ocorre a partir de 1981 e que pode ser observada no gráfico 1, observa-se o início da produção de resoluções intituladas "Human Rights and Scientific and Technological Developments" (Resolução 35/130, 1980). Resoluções com esse mesmo título ou com pequenas variações do mesmo, como "Implications of Scientific and Technological Developments for Human Rights" (Resolução (42/98, 1987). Este tipo de documento enfatiza o uso científico e tecnológico para o bem e avanço da humanidade, mas a questão das pessoas com deficiência não é central em seu texto.

O principal resultado do Ano Internacional das Pessoas com Deficiência foi o "*World Programme of Action Concerning Disabled Persons*" adotado em 1982. Este programa representou um avanço significativo ao reestruturar a política de deficiência em três áreas distintas: prevenção, reabilitação e equalização de oportunidades. A implementação do

¹⁵ **Proclamation 4818 – International Year of Disabled Persons.** The American Presidency Project. Disponível em: <https://www.presidency.ucsb.edu/documents/proclamation-4818-international-year-disabled-persons>. Acesso em: 19 fev. 2025.

programa envolveu estratégias de longo prazo integradas às políticas nacionais de desenvolvimento socioeconômico, incluindo legislações para eliminar a discriminação no acesso a instalações, segurança social, educação e emprego.

O documento "*Implementation of the World Programme of Action Concerning Disabled Persons*" (Resolução 37/53, 1983) destaca essas iniciativas e, em seu décimo quarto ponto, solicita à OMS a revisão de suas definições de deficiência em consulta com organizações de pessoas com deficiência e outros órgãos apropriados. Essa solicitação demonstra um momento crucial em que a Assembleia Geral promoveu uma inovação normativa significativa, instando a OMS a atualizar sua concepção de deficiência de acordo com as discussões mais modernas da época. Isso reforça o papel da Assembleia como um catalisador para a evolução das políticas de saúde global relacionadas às pessoas com deficiência.

Desde a década de 60, com a United Nations Development Decade (Resolução 1710 (xvi), 1962) as Nações Unidas tem mantido o hábito de designar semanas, anos ou décadas específicas para designar dias, semanas, anos e décadas específicos, a fim de promover, por meio de conscientização e ação, os objetivos da organização. Normalmente, é um ou mais Estados-Membros que propõem essas observações e a Assembleia Geral as estabelece com uma resolução.

Assim sendo, o ano de 1981 foi seguido pela "*Decade of Disabled Persons*" (Década das Pessoas com Deficiência), de 1983 a 1992. Em 1987, uma reunião global de especialistas foi realizada para revisar o progresso feito pela Assembleia Geral. Esses especialistas recomendaram a produção de uma convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência. Propostas de resoluções foram apresentadas pela Suécia e pela Itália, mas não se chegou a um consenso, pois as nações que se opuseram argumentaram que os documentos existentes sobre os direitos humanos já seriam suficientes.

De 1992 até 1995, temos uma segunda irradiação de documentos que ocorre como consequência direta da *Decade of Disabled Persons*. Dentre os cinco documentos mais centrais do cluster, quatro são provenientes desse período, incluindo o documento mais central relacionado a saúde do cluster "*Standard Rules on the Equalization of Opportunities for*

Persons With Disabilities"¹⁶. Este documento é o maior resultado da Decade of Disabled Persons. Embora não seja um instrumento legalmente vinculante¹⁷, as "Standard Rules", representam um forte compromisso moral e político dos governos para tomar medidas visando a equalização de oportunidades para PCD.

Ainda durante o período de 92-95, outros documentos foram publicados, geralmente direcionados a implementação das "Standard Rules". A resolução "*Towards Full Integration of Persons With Disabilities in Society*" (Resolução 49/153, 1995) é um exemplo significativo, pois a resolução reafirma o compromisso com a integração plena das PCD na sociedade destacando a importância do Programa Mundial de Ação.

Durante o período de 2010 a 2012, temos a última irradiação de documentos de saúde identificada pela análise do cluster de pessoas com deficiência (ver Gráfico 1). No entanto, antes disso, em 2006, foi publicado o documento mais importante na história institucional de das pessoas com deficiência na AGNU, que acabou sendo capturado, na análise, pelo cluster de Direitos Humanos e Saúde: a "*Convention on the Rights of Persons With Disabilities*"¹⁸

Em 2010, dois documentos intitulados "*Realizing the Millennium Development Goals for Persons with Disabilities*" foram publicados, com o objetivo principal de integrar a questão das PCD com o novo framework dos Objetivos do Milênio (ODM) estabelecidos pela AGNU. Esses documentos instam os Estados membros, OIs, o setor privado e a sociedade civil a promoverem a realização dos ODS para PCD, incluindo explicitamente questões relacionadas a esses grupos nos planos nacionais. Por fim, em 2012, foi estabelecida a *High-Level Meeting of the General Assembly on the Realization of the Millenium Goals and Other Internationally Agreed Development Goals for Persons With Disabilities*. Esta reunião de alto-nível resultou em um documento de resultados orientado para a ação em apoio aos objetivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a realização dos ODS.

¹⁶ As Standard Rules consistem em 22 regras que resumem a mensagem do Programa Mundial de Ação.

Incorporam uma perspectiva de direitos humanos desenvolvida durante a década e cobrem todos os aspectos da vida de PCD, distribuídas em 4 capítulos: condições para a participação igual, áreas-alvo para participação igual, medidas de implementação e o mecanismo de monitoramento. Além disso, o documento também prevê a nomeação de um Relator Especial para monitorar a implementação das regras.

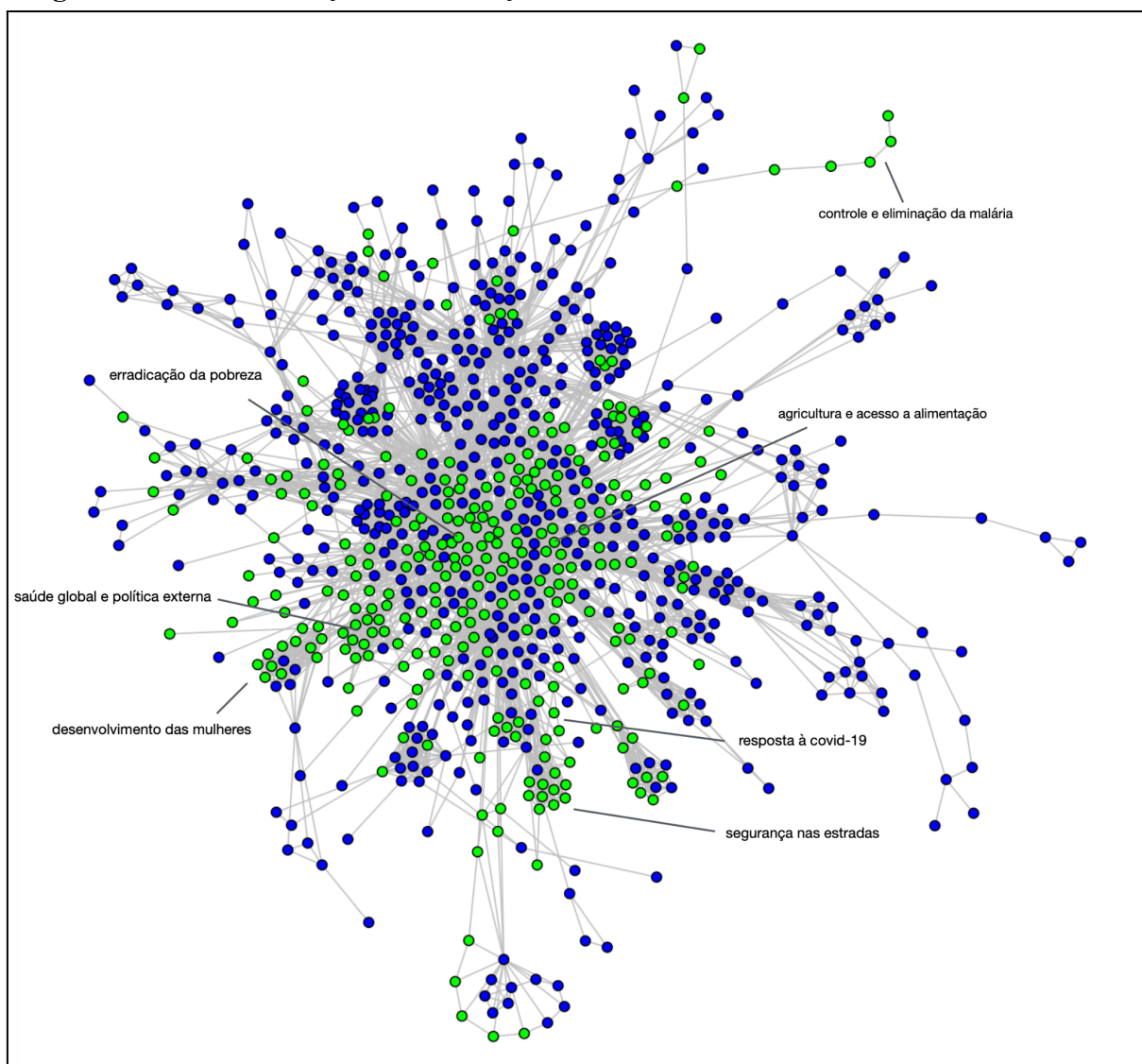
¹⁷ Disability: The United Nations and the International Decade of Disabled Persons (1983-1992). United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA). Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>. Acesso em: 19 fev. 2025.

¹⁸ A Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência tornou-se um dos instrumentos de direitos humanos mais rapidamente apoiados na história, com forte apoio de todos os grupos regionais. Em 2007, 160 Estados assinaram a Convenção, e 126 Estados ratificaram nos primeiros cinco anos. A Convenção foi um grande catalisador, no movimento global pelos direitos das PCD, promovendo uma mudança de visão dessas pessoas como objetos de caridade e tratamento médico para vê-las como membros plenos e iguais da sociedade.

4.2 DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E SAÚDE

4.2.1 Panorama Geral do Cluster

Figura 6 - Rede de Citação de Resoluções do Cluster de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: O autor (2025)

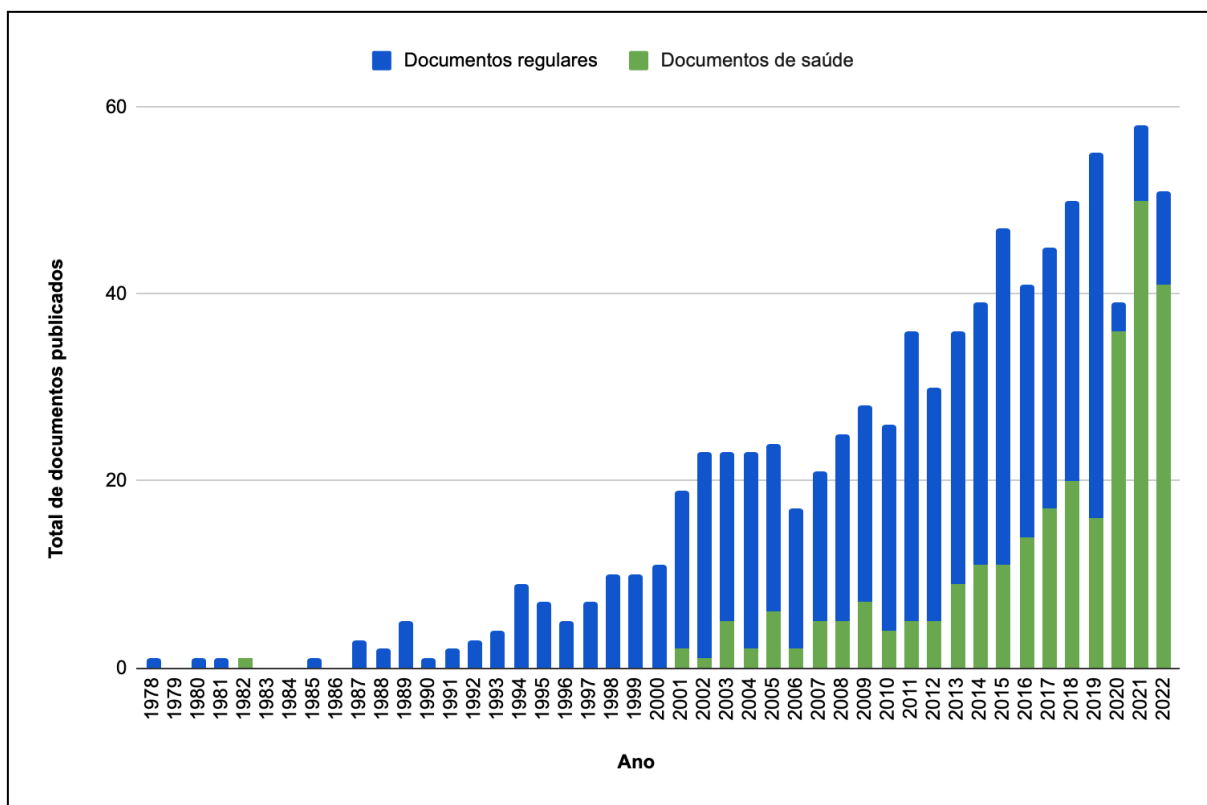
Os nós em azul correspondem às resoluções que não foram classificadas como de saúde, pois seu corpus não apresenta nenhuma das palavras-chave definidas no dicionário. Os nós em verde, por outro lado, representam as resoluções que, de acordo com esse dicionário, são classificadas como relacionadas à saúde. As linhas indicam discussões de interesse, evidenciando onde elas se localizam na rede e como se conectam com o resto da rede.

documento estabelece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), um plano de ação global que visa erradicar a pobreza, proteger o meio ambiente e promover a paz e a prosperidade universal, com metas a serem alcançadas até 2030. Ele apresenta 205 conexões diretas com outros documentos do mesmo cluster e 537 conexões na rede completa de documentos da ONU. O cluster, composto por um total de 1.421 documentos, abriga diversos textos fundamentais da história da ONU, como a *United Nations Millennium Declaration*. Embora esta última não seja o documento com o maior número de conexões dentro do cluster (112 conexões), destaca-se como o mais bem conectado em termos gerais, alcançando uma centralidade de 1.026 na rede.

Essa diferença entre as conexões dentro do cluster e na rede global parece sugerir que, apesar de a *Millennium Declaration* possuir maior relevância no contexto geral da ONU, sua importância é relativamente menor para a discussão específica abordada no cluster, que se concentra no desenvolvimento sustentável. Por outro lado, a Agenda 2030 apresenta um nível mais elevado de interconexões dentro do cluster, o que reforça sua centralidade e proeminência na discussão temática sobre desenvolvimento sustentável.

4.2.2 Análise Histórica das Resoluções

Gráfico 2 - Série temporal da produção do cluster de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: O autor (2025)

Diferentemente do cluster relacionado às pessoas com deficiência, os documentos associados às questões de saúde no cluster de desenvolvimento sustentável possuem uma história relativamente mais recente. Os documentos mais centrais desse cluster — aqueles que articulam toda a discussão sobre saúde e conectam os demais documentos da rede — são também mais recentes, como o caso do *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, de 2015. Isso se deve ao fato de que a própria trajetória do conceito de desenvolvimento sustentável e sua evolução no âmbito da ONU é um fenômeno relativamente recente.

O conceito de sustentabilidade encontra suas origens na ideia de administração adequada das florestas no século XIX. Contudo, é na década de 1970 que a sustentabilidade começa a se relacionar com o desenvolvimento, particularmente no trabalho de Ernst Basle (1972), que aborda questões como poluição ambiental e escassez de espaço vital. Outro marco relevante dessa mesma década é o relatório *The Limits to Growth* (MEADOWS et al., 1972), que examina a possibilidade de crescimento econômico e populacional exponencial diante de recursos finitos, utilizando simulações computacionais. Encomendado pelo Clube de Roma,

uma organização informal e sem fins lucrativos fundada em 1968 por intelectuais do *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) e líderes empresariais, o relatório argumenta que a humanidade enfrentará uma catástrofe caso não sejam adotadas medidas conscientes para alcançar uma curva de acomodação logística dos recursos disponíveis (MITCHAM, 1995).

O documento *Draft World Charter for Nature* (1980) reflete as discussões da década de 1970. Embora ainda não utilize explicitamente o termo "desenvolvimento sustentável", o documento destaca a importância da preservação da natureza e dos ecossistemas para as gerações futuras, propondo que o desenvolvimento e a soberania dos países sejam conciliados com o uso consciente dos recursos naturais. A ideia de vincular o desenvolvimento à preservação da natureza já está presente nessa fase inicial de documentos do cluster. Um marco importante desse período foi a Primeira Conferência Mundial do Clima, realizada em Genebra em 1979 e patrocinada pela Organização Meteorológica Mundial (OMM). Esta conferência, predominantemente científica e interdisciplinar, contou com a participação de especialistas de diversas áreas e resultou no estabelecimento do Programa Mundial do Clima, frequentemente citado como base para vários documentos subsequentes sobre desenvolvimento sustentável.

Nos anos 1980, a ONU passou a discutir desenvolvimento sustentável sob uma perspectiva ampla, abrangendo uma diversidade temática que reflete o significado abrangente do conceito de desenvolvimento. Nessa década, surgiram documentos como o *Effective Mobilization and Integration of Women in Development* (1985), que aborda questões humanitárias, e o *Technical Cooperation among Developing Countries* (1987), voltado para temas econômicos. Essa diversidade ilustra a expansão do debate e o reconhecimento do desenvolvimento sustentável como um conceito multidimensional e interconectado.

Em 1992, ocorre um marco importante na discussão sobre desenvolvimento sustentável com a realização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, no Rio de Janeiro, que resultou na publicação da Carta da Terra. Esse documento apresentou uma visão para a construção de uma sociedade global mais justa, sustentável e pacífica no século XXI. A conferência, também conhecida como Cúpula da Terra, ampliou a ideia de desenvolvimento sustentável ao incorporar um enfoque no crescimento econômico que fosse socialmente inclusivo e ambientalmente sustentável (SACHS, 2015). É a partir da década de 1990 que se observa a primeira expansão significativa de documentos relacionados a esse cluster, iniciando no final dos anos 1980. Contudo, documentos que abordam questões de saúde só começam a aparecer nesse contexto a partir dos anos 2000.

Um dos principais documentos do cluster de desenvolvimento sustentável nos anos 1990 é a célebre *Millennium Declaration* (resolução 55/2, 2000). Elaborada durante a Cúpula do Milênio, realizada em setembro de 2000, após três dias de reuniões com líderes mundiais em Nova York, a declaração estabeleceu cerca de 60 objetivos voltados à paz, desenvolvimento, meio ambiente, direitos humanos, combate à fome e apoio às populações mais vulneráveis, especialmente na África, os ODM. Esse documento marcou uma mudança significativa no foco da ONU, direcionando-se para um desenvolvimento centrado nas pessoas (DOYLE & STIGLITZ, 2014), tornando-se extremamente influente para decisões subsequentes da organização. A *Millennium Declaration*, com uma centralidade de 1026 na rede de citações, é amplamente referenciada em documentos posteriores.

A declaração foi crucial para ampliar os temas discutidos sob a ótica do desenvolvimento sustentável, incluindo questões de saúde. Nesse contexto, surge a *Declaration of Commitment on HIV/AIDS* (resolução S-26/2, 2001), resultado direto da Sessão Especial da Assembleia Geral sobre HIV/AIDS em 2001. Com centralidade de 80 na rede da ONU, o documento estabeleceu metas específicas para prevenção, tratamento e apoio a pessoas vivendo com HIV, além de enfatizar os direitos humanos na resposta à epidemia. Ele cita dois documentos anteriores: o *Review of the Problem of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome in All Its Aspects* (resolução 55/13, 2000), que preparou o terreno para a Sessão Especial, e a *Millennium Declaration*, demonstrando sua conexão com o núcleo da discussão sobre desenvolvimento sustentável.

Em 2002, a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável (WSSD) foi realizada em Joanesburgo, revisando os avanços desde a Conferência do Rio de 1992 e estabelecendo um novo acordo global. Diferentemente de seu predecessor, a WSSD focou na implementação de metas e destacou a saúde como uma das cinco áreas prioritárias, ao lado de água, energia, agricultura e biodiversidade. No Plano de Implementação resultante, questões como saúde ambiental, doenças transmissíveis e não transmissíveis foram abordadas (VON SCHIRNDING, 2005). Esse evento culminou na resolução 2005 *World Summit Outcome* (resolução 60/1, 2005), que inseriu a saúde no cerne da discussão sobre desenvolvimento sustentável, impulsionando a produção de resoluções relacionadas à saúde na ONU a partir da metade dos anos 2000.

Nesse contexto, surgem documentos como o *2001-2010: Decade to Roll Back Malaria in Developing Countries, Particularly in Africa* (resolução 62/180, 2007), que reflete o

compromisso da ONU em apoiar o controle e eventual eliminação da malária. Esse documento vincula ações à Década de Combate à Malária (2001-2010), enfatizando a relevância desse tema no desenvolvimento global, especialmente na África, e integrando esforços econômicos e sociais para enfrentar a doença. Em 2008, a luta contra a malária recebeu um impulso com o anúncio de um financiamento de US\$ 3 bilhões durante uma reunião da ONU (WILLIAMS, 2008), refletindo esforços de longo prazo iniciados pela decisão da Assembleia Mundial da Saúde de 1955 de erradicar a malária (PACKARD, 1998).

Outro exemplo significativo é o documento *Improving Global Road Safety* (resolução 62/244, 2008), que demonstra o compromisso da ONU em enfrentar a crise global de segurança no trânsito. Ele se baseia na resolução pioneira *Improving Global Road Safety* (resolução 58/289, 2004), que convocou a OMS e o Banco Mundial a promoverem uma abordagem integrada para reduzir mortes e lesões no trânsito. Interessantemente, essa resolução também cita a Millennium Declaration, destacando o vínculo entre segurança viária e desenvolvimento sustentável.

Nesse período, a ONU também aprovou resoluções importantes relacionadas à igualdade de gênero, como a *Women in Development* (resolução 60/210, 2005). Esse documento orienta os Estados-membros, setores econômicos e o sistema da ONU a promoverem a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres em todas as esferas, reconhecendo o acesso à saúde como essencial para sua autonomia. Ele destaca que a negligência aos direitos humanos e à saúde das mulheres limita suas oportunidades de educação, emprego e participação política, sublinhando a saúde como um direito humano indispensável para a igualdade de gênero e o desenvolvimento sustentável.

Por fim, as quatro conferências globais de mulheres — Cidade do México (1975), Copenhague (1980), Nairóbi (1985) e Pequim (1995) — desempenharam um papel crucial na conscientização e construção de alianças para o desenvolvimento das mulheres e institucionalização dessa agenda (JAIN, 2005). Complementarmente, as resoluções 54/210 "*Women in Development*" (1999) da Assembleia Geral e 1325 (2000) do Conselho de Segurança marcaram avanços significativos. A Resolução 54/210 enfatizou a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero em políticas públicas, vinculando-a à erradicação da pobreza e ao progresso sustentável, enquanto a Resolução 1325 reconheceu o impacto dos conflitos armados sobre as mulheres, defendendo sua inclusão em negociações de paz e

proteção contra violência. Ambas ampliaram significativamente a agenda global de igualdade de gênero e empoderamento feminino.

A inclusão de novos temas como desenvolvimento da mulher, segurança das estradas e prevenção contra doenças comunicáveis na agenda de desenvolvimento sustentável durante a primeira década do século XXI reflete a consolidação de uma abordagem centrada na pessoa. Essa mudança ampliou significativamente o escopo de questões e discussões incorporadas ao conceito de desenvolvimento sustentável. Consequentemente, observa-se nesse período um aumento expressivo tanto no número de resoluções do cluster de desenvolvimento sustentável quanto nas resoluções relacionadas à saúde dentro desse contexto.

Em 2015, a resolução *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development* (resolução 70/1, 2014) tornou-se um marco crucial tanto para o cluster de desenvolvimento sustentável quanto para a história do sistema ONU como um todo. A agenda introduziu os ODS, uma coleção de 17 objetivos globais desenhados para abordar desafios interligados, como a erradicação da pobreza, a sustentabilidade ambiental, a equidade social e o crescimento econômico, sob o princípio de "não deixar ninguém para trás". Esses objetivos universais, aplicáveis a todos os países, substituíram os ODM, ampliando o alcance das metas. Enquanto os ODM priorizavam a redução da pobreza extrema e melhorias em saúde e educação, os ODS adotaram uma abordagem mais abrangente, integrando dimensões sociais, econômicas e ambientais e promovendo o desenvolvimento sustentável em um espectro mais amplo (DE JONG & VIJGE, 2020).

No contexto da saúde, os ODS expandiram significativamente o foco anterior, abrangendo não apenas doenças infecciosas e saúde materna/infantil, mas também determinantes sociais de saúde, com um apelo à cobertura universal de saúde (GOSTIN & FRIEDMAN, 2015). Essa transição reflete um esforço coordenado para enfrentar desafios complexos de saúde por meio de uma abordagem mais integrada e sustentável.

Outro marco de 2015 foi a Agenda de Ação de Adis Abeba (AAAA), resultado da Terceira Conferência Internacional de Financiamento para o Desenvolvimento. Adotada por 174 Estados-membros, incluindo 28 chefes de Estado e governo, a AAAA reuniu governos, líderes da ONU, FMI, Banco Mundial, setor privado e sociedade civil, com o objetivo de mobilizar recursos e estabelecer parcerias globais para implementar os ODS. Com raízes no Consenso de Monterrey (2002) e na Declaração de Doha (2008), a AAAA harmonizou os

processos de financiamento ao desenvolvimento com a Agenda 2030, promovendo a integração das dimensões econômica, social e ambiental. Sua formalização na resolução *Addis Ababa Action Agenda of the 3rd International Conference on Financing for Development* (resolução 69/313, 2015) conferiu à AAAA grande centralidade no cluster, sendo um dos documentos mais citados da rede de desenvolvimento sustentável, com 376 conexões. A resolução destaca a cooperação internacional e o fortalecimento das capacidades nacionais como pilares para o desenvolvimento sustentável.

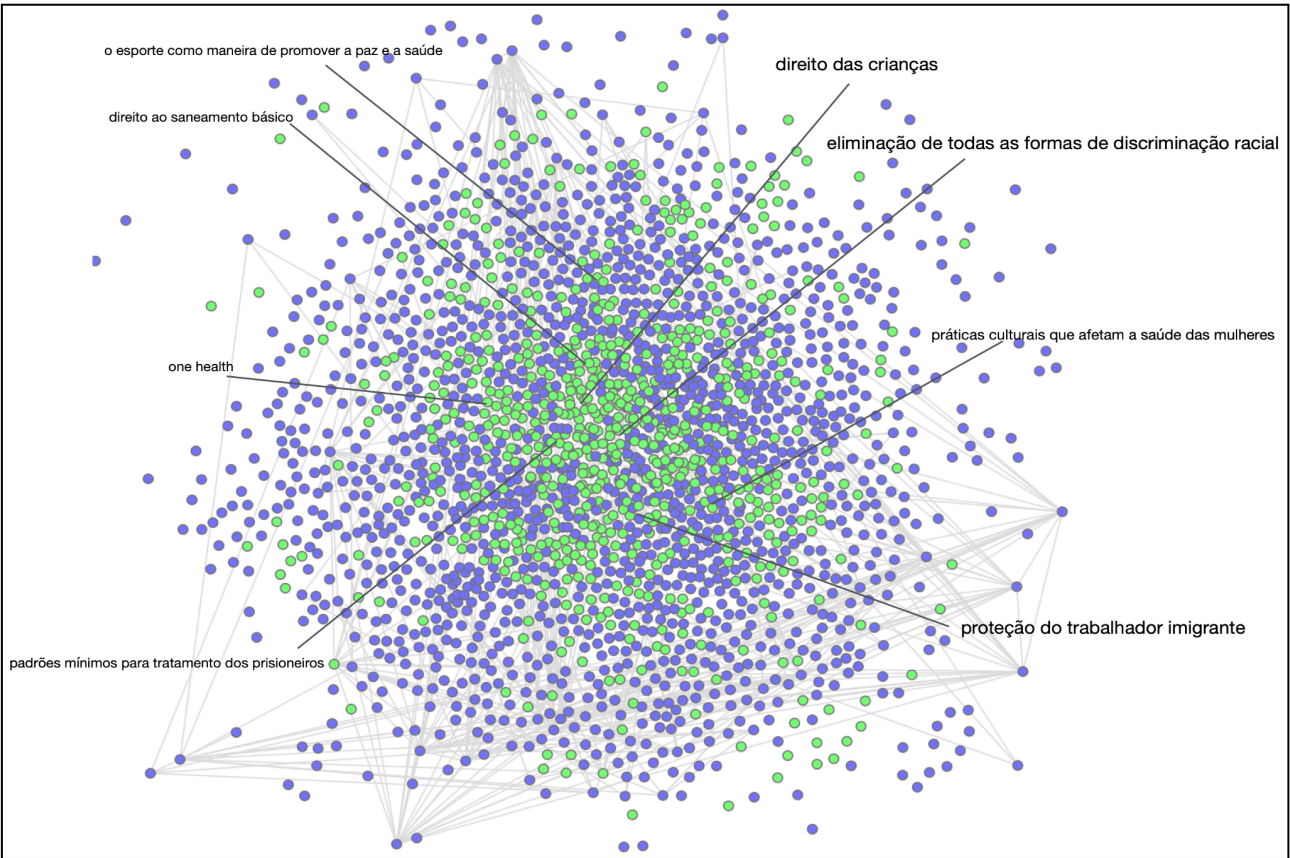
Na década de 2010, houve um aumento expressivo no número de resoluções produzidas no cluster de desenvolvimento sustentável, especialmente no que diz respeito à saúde. Uma dessas resoluções é a *Global Health and Foreign Policy: Addressing the Health of the Most Vulnerable for an Inclusive Society* (resolução 72/139, 2018). Este documento antecedeu a Reunião de Alto Nível da ONU de 2019 sobre Cobertura Universal de Saúde e reforçou o direito universal à saúde como fundamental para o desenvolvimento sustentável. A resolução destacou a necessidade de sistemas de saúde resilientes e inclusivos, que garantam acesso equitativo aos serviços, especialmente para populações vulneráveis. A inclusão de itens como fortalecimento dos sistemas de saúde na agenda de desenvolvimento sustentável reflete as mudanças causadas pela AAAA e pelos ODS no sentido de mobilizar as instituições para implementação dos programas da ONU.

A partir de 2020, a pandemia de COVID-19 transformou o cenário de resoluções no cluster de desenvolvimento sustentável aumentando exponencialmente a quantidade da produção de documentos na curva. A crise sanitária levou à inclusão de questões de saúde em quase todos os documentos do cluster, mesmo naqueles inicialmente focados em outros temas o que fez com que a curva de documentos da saúde chegasse mais perto de se igualar a curva da quantidade total de documentos no cluster (ver Figura 5). Essa integração reflete a necessidade de adaptar estratégias de implementação à luz dos desafios impostos pela pandemia. Um exemplo notável desse período é a resolução *"High-Level Meeting on Pandemic Prevention, Preparedness and Response"* (resolução 76/301, 2022), que enfatiza a importância de fortalecer os sistemas de saúde globais, promover a cooperação internacional e estabelecer compromissos políticos no mais alto nível para prevenir e responder a futuras pandemias.

4.3 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE

4.3.1 Panorama Geral do Cluster

Figura 8 - Rede de Citação de Resoluções do Cluster de Direitos Humanos



Fonte: O autor (2025)

Os nós em azul correspondem às resoluções que não foram classificadas como de saúde, pois seu corpus não apresenta nenhuma das palavras-chave definidas no dicionário. Os nós em verde, por outro lado, representam as

resoluções que, de acordo com esse dicionário, são classificadas como relacionadas à saúde. As linhas indicam discussões de interesse, evidenciando onde elas se localizam na rede e como se conectam com o resto da rede.

O cluster de direitos humanos é o maior analisado neste estudo, abrangendo 2.025 resoluções, das quais 672 contêm palavras-chave relacionadas à saúde, correspondendo a aproximadamente 20% dos documentos do cluster. A nuvem de palavras (Figura 7) evidencia termos frequentemente associados à legislação, direitos e convenções internacionais. Palavras como *convention*, *states*, *nations*, *rights* e *international* indicam que as discussões se concentram em questões jurídico-institucionais com enfoque em direitos humanos. Os verbos *shall* e *may*, amplamente utilizados em documentos legais, sugerem a presença de uma linguagem normativa que implica obrigatoriedade ou recomendação. Além disso, termos como *child*, *woman* e *migrants* apontam para um foco em grupos específicos sujeitos a proteção ou políticas direcionadas. A relevância desse cluster se destaca não apenas por seu volume expressivo de documentos, mas também por sua importância central no funcionamento e nas deliberações da Assembleia Geral como um todo.

Figura 9 - Nuvem de Palavras do Cluster de Direitos Humanos



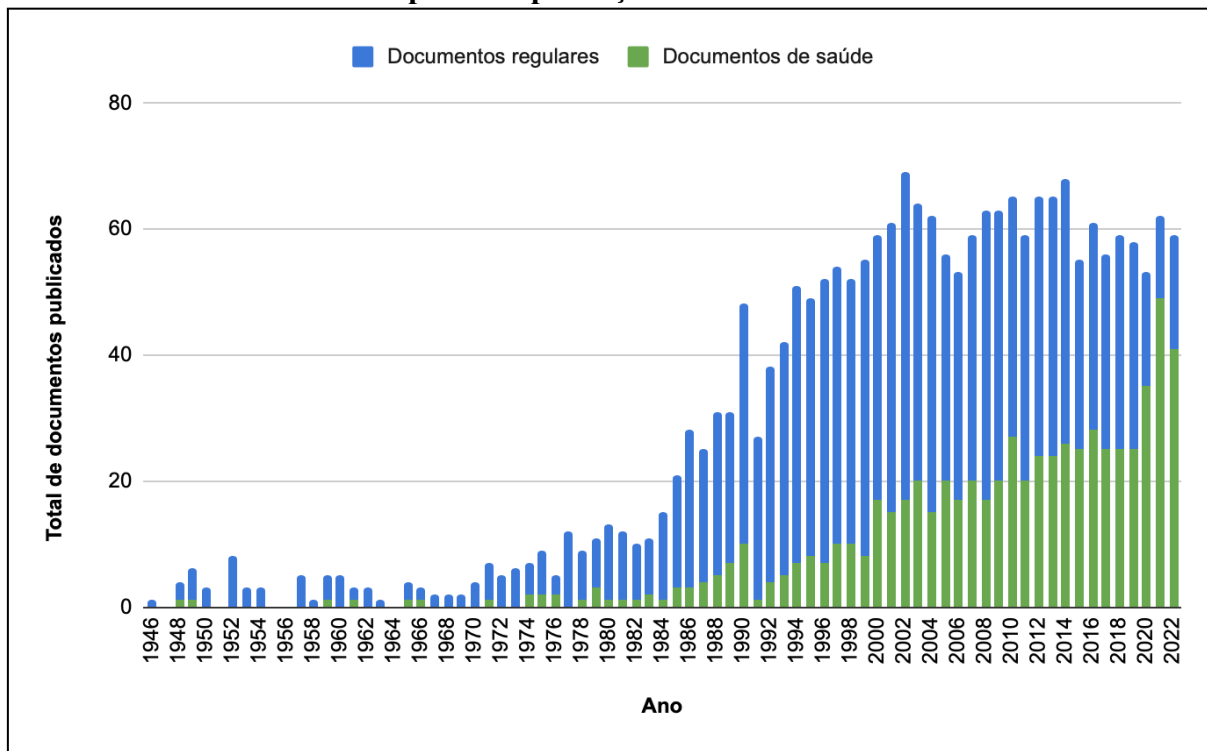
Fonte: O autor (2025)

O gráfico referente ao número de documentos publicados (Gráfico 3) evidencia um crescimento expressivo na produção de resoluções relacionadas aos direitos humanos ao longo das décadas, com destaque para um aumento significativo a partir dos anos 1960 e uma estabilização em elevados patamares após os anos 2000. A integração de temas relacionados à saúde nas resoluções também se intensificou nesse período, refletindo a expansão da agenda de direitos humanos. O documento mais central desse cluster, que também figura entre os mais antigos da ONU, é o *International Bill of Human Rights: Universal Declaration of Human Rights* (resolução 217 A (III), 1948, com centralidade de 960). Este documento, amplamente considerado uma das resoluções mais importantes já aprovadas na história da AGNU, constitui um marco jurídico fundamental que respondeu aos horrores da Segunda Guerra Mundial ao estabelecer, de forma clara e universal, um conjunto de direitos básicos garantidos a todas as pessoas, independentemente de raça, gênero, religião, origem ou status social.

A segunda resolução mais influente do cluster é a *Convention on the Rights of the Child* (resolução 44/25, 1989), com uma centralidade de 555, evidenciando a diversidade temática presente neste conjunto de documentos. Assim como o cluster de desenvolvimento sustentável, o cluster de direitos humanos é um dos mais abrangentes da Assembleia Geral das Nações Unidas, funcionando como um núcleo que aglutina uma ampla gama de temas relacionados à proteção e promoção da dignidade humana.

4.3.2 Análise Histórica das Resoluções

Gráfico 3 - Série Temporal da produção do cluster de Direitos Humanos



Fonte: O autor (2025)

Durante o período da Liga das Nações (1919-1946), a principal organização internacional predecessora das Nações Unidas, criada pelo Tratado de Versalhes em 1919, os direitos das minorias já eram objeto de discussão, embora de forma limitada e com um enfoque em questões específicas de proteção. O principal foco dessas medidas era voltado às minorias nacionais resultantes da desintegração do Império Austro-Húngaro na Europa Oriental. Contudo, o conceito de direitos humanos universais, tal como compreendido atualmente, só se consolidou após a Segunda Guerra Mundial e os horrores do Holocausto, com a fundação da ONU em 1945 e a adoção da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (DUDH) em 1948. Este documento, um dos mais antigos do cluster de direitos humanos e uma das primeiras resoluções adotadas pela Assembleia Geral da ONU, constitui um marco jurídico e político fundamental.

O Artigo 25 da DUDH refere-se ao direito de toda pessoa a um padrão de vida adequado à saúde e ao bem-estar, incluindo o acesso à alimentação adequada, água e saneamento,

cuidados médicos e proteção social em casos de doença, deficiência ou idade avançada, além de assegurar cuidados especiais para mães e crianças. Esse artigo serviu como base para as resoluções subsequentes do cluster que tratam de questões de saúde, consolidando a relação entre direitos humanos e saúde pública.

No entanto, é importante destacar que o cluster de direitos humanos é abrangente e engloba uma ampla gama de direitos — políticos, econômicos, sociais e culturais — que foram sendo implementados gradativamente por meio de tratados e declarações. Esse caráter multidimensional faz com que os direitos humanos sejam frequentemente interconectados, tornando difícil tratá-los como categorias isoladas sem comprometer a compreensão de seu todo. Essa inter-relação temática explica o elevado número de documentos associados ao cluster de direitos humanos em comparação a clusters mais específicos, como o de PCD, o de efeitos da radiação atômica e o de proteção às pessoas idosas.

Apesar de a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) ter adquirido um status e uma relevância extraordinária tanto para a ONU quanto para a história do direito internacional, ela não possuía caráter juridicamente vinculante, ou seja, não tinha o poder de obrigar os Estados a respeitarem seus princípios. Por essa razão, foi necessário elaborar novos documentos que especificassem os direitos proclamados na DUDH e reforçassem a importância de um comprometimento formal por parte dos Estados. Nesse contexto, as décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelo surgimento de pactos internacionais que buscavam preencher essa lacuna, consolidando um marco normativo mais robusto e juridicamente vinculante no âmbito dos direitos humanos, como o *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP)* e o *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)*, ambos adotados em 1966.

Gruskin et al. (2007) pontuam que, até o final da Guerra Fria e o surgimento da crise da AIDS nos anos 1980, os temas de direitos humanos e saúde evoluíram em trajetórias paralelas, mas de maneira claramente separada. No entanto, isso não implica a ausência de convenções relevantes que abordassem questões de saúde dentro de um contexto de direitos humanos antes desse período. Um exemplo significativo é a *International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination* (1965), aprovada pela resolução 2106 A (XX), com uma centralidade de 344, que estabelece em seu Artigo 5 a obrigação dos Estados de garantir acesso igualitário aos serviços de saúde, assistência médica e outros direitos sociais, eliminando qualquer forma de barreira baseada na discriminação racial. Tal

convenção evidencia a preocupação internacional com a relação entre justiça social e saúde, mesmo em um momento histórico em que essas agendas ainda não estavam integradas.

Outra convenção de grande relevância que aborda questões de saúde dentro do contexto de direitos humanos na Assembleia Geral das Nações Unidas é o *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*, aprovado pela resolução 2200 (XXI) [A] de 1966, com uma centralidade de 441. Em seu Artigo 12, o pacto estabelece que os Estados Partes reconhecem o direito de toda pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental. Além disso, o artigo detalha medidas concretas para alcançar esse objetivo, incluindo: a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde infantil; a melhoria das condições de higiene no trabalho e no meio ambiente; a prevenção, tratamento e controle de doenças epidêmicas, endêmicas, ocupacionais e outras; e a criação de condições que assegurem assistência médica e serviços adequados a todos em casos de doença.

Durante a década de 1970, observa-se uma escassez de grandes tratados de direitos humanos aprovados e convertidos em resoluções da AGNU dentro do cluster de direitos humanos. Essa tendência fica evidente ao analisar a centralidade dos documentos produzidos nesse período. Entre 1970 e 1979, o documento de maior centralidade é a *Declaration on the Protection of All Persons from Being Subjected to Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (resolução 3452 (XXX), 1975), com uma centralidade de 49, um valor consideravelmente baixo para os padrões do cluster, que em outras décadas registra documentos com centralidade na casa das centenas.

Esse fenômeno pode ser compreendido a partir do contexto histórico do período, no qual o ativismo em direitos humanos passou por uma transformação significativa. Kenneth Cmiel (2004) argumenta que, após a década de 1940, a pauta dos direitos humanos foi gradualmente enfraquecida devido à intensificação da Guerra Fria, que polarizou as relações internacionais e dificultou o consenso multilateral. Como consequência, a década de 1970 marcou um ressurgimento do interesse pelo tema, impulsionado não pelos Estados ou organismos internacionais, mas por ONGs como a Human Rights Watch e a Anistia Internacional.

Essas entidades ganharam protagonismo ao expor violações e mobilizar apoio público por meio de campanhas transnacionais, muitas vezes influenciando mais diretamente as políticas nacionais e regionais do que as discussões multilaterais da ONU. Nesse período, o foco do ativismo deslocou-se da criação de tribunais internacionais para a denúncia pública de

violações, utilizando redes transnacionais de comunicação e grandes veículos de mídia, como o *New York Times* e a *BBC*, para pressionar governos e instituições. Apesar desse movimento, a relação entre a ONU e os direitos humanos se deteriorou ainda mais nos anos 1970 (DONNELLY, 1981).

Foi apenas ao final da década de 1970, mais especificamente em 1979, que grandes tratados voltaram a ser aprovados, como a *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (resolução 34/180, 1979, com centralidade de 427). Em 1984, seguiu-se a *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (resolução 39/46, com centralidade de 156). Ambos os tratados são influentes no âmbito dos direitos humanos nas Nações Unidas, embora não tratem diretamente de questões de saúde. No entanto, a *Convention against Torture* apresenta uma importante menção no Artigo 14, ao prever a "reabilitação completa" das vítimas de tortura, reconhecendo, assim, as consequências físicas e psicológicas desse tipo de violação e a necessidade de ações específicas de recuperação e assistência.

No entanto, é apenas na segunda metade da década de 80 que vemos uma virada de chave na relação entre direitos humanos e saúde quando a terceira onda de ativismo em direitos humanos teve início no final dos anos 1980 e ganhou força ao longo da década de 1990 (CMIEL, 2004). Esse período foi marcado pela ampliação das pautas defendidas pelas organizações de direitos humanos, que passaram a abordar não apenas direitos civis e políticos, mas também questões como direitos à saúde, direitos das mulheres, justiça econômica e direitos dos povos indígenas. A expansão da agenda refletiu uma preocupação crescente com desigualdades estruturais e com a inclusão de grupos historicamente marginalizados.

No período final da década de 1980, destaca-se a aprovação da *Convention on the Rights of the Child* (resolução 44/25, 1989), um dos tratados mais importantes do cluster de direitos humanos, com centralidade de 555. Este documento internacional estabeleceu um marco ao definir os direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e de saúde das crianças, representando uma abordagem inovadora e abrangente para a proteção e promoção do bem-estar infantil¹⁹.

¹⁹ A convenção define uma criança como qualquer ser humano com menos de dezoito anos, a menos que a maioridade seja alcançada anteriormente pela legislação nacional.

A convenção dedica especial atenção ao direito à saúde, estabelecendo um conjunto de garantias fundamentais para assegurar o bem-estar físico e mental das crianças. O Artigo 24 reconhece o direito ao mais alto padrão de saúde e prevê medidas concretas, como a redução da mortalidade infantil, o acesso universal a serviços de saúde, nutrição adequada, água potável, saneamento básico e educação sobre práticas de higiene e prevenção de doenças. Complementarmente, o Artigo 25 reforça o direito ao acompanhamento contínuo ao determinar a revisão periódica das condições de tratamento das crianças sob cuidados médicos ou institucionais. Já o Artigo 39 aborda a reabilitação e a reintegração social de crianças vítimas de violência, conflitos armados, tortura ou negligência, destacando a importância de cuidados especializados para sua recuperação integral.

De acordo com Goldhagen et al. (2020), a *Convention on the Rights of the Child* foi pioneira ao adotar uma abordagem baseada em direitos das crianças (*child rights-based approach*) para promover a saúde e o bem-estar infantil em âmbito global. Esse marco representou uma mudança de paradigma ao estabelecer que a saúde das crianças deve ser mediada pela garantia de seus direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais. A convenção evidenciou, portanto, que os determinantes socioeconômicos e culturais são indissociáveis das questões de saúde, reforçando a ideia de que o pleno desenvolvimento infantil depende da realização integrada de todos esses direitos fundamentais

Outra convenção relevante desse período é a *International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families* (resolução 45/158, 1991, com centralidade de 121). O Artigo 28 desse tratado estabelece que trabalhadores migrantes e seus familiares têm direito ao atendimento médico de emergência, independentemente de sua situação documental, assegurando que esse serviço não pode ser negado com base na condição de irregularidade migratória ou documentação incompleta. Além disso, o artigo garante que esse direito deve ser exercido em condições de igualdade com os nacionais do país de residência.

Outros artigos da convenção reforçam o princípio de acesso equitativo aos serviços de saúde. O Artigo 43 dispõe sobre a igualdade de acesso a direitos econômicos, sociais e culturais, enquanto o Artigo 45 amplia essas garantias aos membros das famílias dos trabalhadores migrantes. Esses dispositivos destacam a preocupação com os determinantes sociais e econômicos que impactam a saúde dos migrantes, reconhecendo as condições de vulnerabilidade às quais essas populações estão expostas ao ingressarem em um novo país.

Com o fim da Guerra Fria, houve também um renovado interesse pelo direito internacional, com um retorno ao ideal de responsabilização de líderes por crimes contra a humanidade como decorrência, principalmente dos conflitos na década de 90 que resultaram na dissolução da antiga Iugoslávia. Esse movimento resultou na criação de tribunais internacionais, como o Tribunal Penal Internacional para a Antiga Iugoslávia e o Tribunal Penal Internacional Permanente (TPI). Além disso, a Anistia Internacional e a Human Rights Watch, novamente desempenharam um papel central ao ampliar suas campanhas para uma audiência global e pressionar governos e instituições internacionais por meio de redes de comunicação e mídia transnacional.

Nesse contexto, surge a resolução *Situation of Human Rights in the Republic of Bosnia and Herzegovina, the Republic of Croatia and the Federal Republic of Yugoslavia (Serbia and Montenegro)* (resolução 49/196, 1994, com centralidade de 8), cujo objetivo principal era condenar as violações dos direitos humanos e do direito internacional humanitário cometidas em meio ao conflito nos Bálcãs, abrangendo a República da Bósnia e Herzegovina, a República da Croácia e a Iugoslávia, responsabilizando todas as partes envolvidas.

O Artigo 14 da resolução condena veementemente as obstruções ao envio de medicamentos e suprimentos essenciais, assim como as barreiras impostas à evacuação médica, reforçando o direito ao acesso humanitário irrestrito. Já o Artigo 24 reitera a exigência de que todas as partes do conflito informem imediatamente ao Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) a localização de todos os campos e locais de detenção. Além disso, estabelece que as partes em conflito, em conjunto com organizações internacionais relevantes, assegurem que representantes da Cruz Vermelha tenham acesso livre, contínuo e irrestrito a esses locais de detenção.

A década de 1990 foi marcada pela ascensão do tráfico de drogas como uma das principais pautas nas agendas internacionais de segurança e direitos humanos. A chamada "guerra às drogas", liderada pelos Estados Unidos, influenciou políticas em diversos países, incluindo o Brasil (VILLELA, 2020). No Reino Unido, pesquisas com adolescentes apontaram um aumento significativo no consumo de drogas em relação à década de 1980, com quase metade dos jovens de 15 a 16 anos relatando ter experimentado substâncias ilícitas. Além disso, as diferenças de gênero e classe social no uso de drogas diminuíram, indicando uma normalização do uso recreativo entre os jovens (PARKER & MEASHAM, 1994).

Diante desse cenário, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou, em 1998, a *Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction* (resolução S-20/3, com centralidade de 19), que representou um marco na tentativa de equilibrar as políticas globais de combate às drogas, introduzindo um foco mais claro na redução da demanda e em uma abordagem de saúde pública, em contraste com a estratégia predominantemente repressiva e criminalizadora vigente até então.

Na seção intitulada *"Tackling the Problem"* ("Abordando o Problema"), a Declaração estabelece pilares fundamentais para uma abordagem mais humanizada e coerente. Entre eles estão o aconselhamento e tratamento, com serviços de apoio psicológico e médico; reabilitação e prevenção de recaídas, por meio de programas que promovam a recuperação e reduzam o risco de retorno ao uso; e cuidados pós-tratamento e reintegração social, que asseguram suporte contínuo para que os indivíduos se reintegrem de forma saudável à sociedade. Além disso, o documento reforça a importância de intervenções precoces e do acesso universal aos serviços, destacando que as políticas públicas devem ser inclusivas e garantir atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade.

Ao promover um enfoque de saúde pública e suporte integral, a Declaração reafirmou a necessidade de políticas antidrogas que reconheçam os determinantes sociais e individuais do consumo. Dessa forma, o documento foi um passo importante na construção de uma política global que valoriza a dignidade humana e a recuperação em detrimento da punição e da exclusão social.

Ainda em 1998, foi adotada a resolução *Traditional or Customary Practices Affecting the Health of Women and Girls* (resolução 53/117, com centralidade de 12), que reforça a importância de esforços globais coordenados para eliminar práticas tradicionais ou costumeiras que prejudicam a saúde de mulheres e meninas. O documento reconhece que muitas dessas práticas, como a mutilação genital feminina, têm impactos severos na saúde física e mental das vítimas, além de perpetuar desigualdades de gênero e violar direitos fundamentais.

A resolução destaca a necessidade de assistência técnica e financeira aos países em desenvolvimento para fortalecer suas ações de combate a essas práticas nocivas. Para isso, convoca o apoio de fundos e programas das Nações Unidas, instituições financeiras internacionais e ONGs, promovendo a cooperação internacional e o intercâmbio de

informações sobre a implementação de tratados de direitos humanos relacionados à saúde de mulheres e meninas.

Além disso, o documento convida a Comissão sobre a Situação da Mulher a incluir essa pauta em suas discussões sobre "Mulheres e Saúde" e solicita ao Secretário-Geral a coleta e divulgação de dados atualizados sobre a saúde de mulheres e meninas em todo o mundo. Esses dados incluem indicadores sobre práticas prejudiciais, fornecendo uma base sólida para o monitoramento, avaliação e formulação de políticas públicas mais eficazes.

O início da era pós-Guerra Fria testemunhou mudanças significativas na abordagem das Nações Unidas aos direitos humanos. A ONU adotou uma postura mais universal e indivisível sobre os direitos humanos, com o objetivo de implementar o princípio de "todos os direitos humanos para todos" (THÉRIEN & JOLY, 2014). Este período viu a introdução de novos instrumentos que abordam os direitos de vários grupos específicos. Na virada do milênio, o papel crescente da ONU na governança global levou a um aumento das responsabilidades de direitos humanos, particularmente em operações de paz e administração territorial (MÉGRET & HOFFMANN, 2003).

A virada do milênio consolidou a saúde como um direito humano fundamental na agenda da ONU, evidenciando sua interdependência com outros direitos. Os ODM também simbolizaram um compromisso global com a promoção da saúde e a redução das desigualdades, ao mesmo tempo em que ampliaram a responsabilidade dos Estados em garantir o acesso universal a serviços de saúde (GOSTIN & FRIEDMAN, 2015).

Uma resolução de destaque no período foi a *United Nations Convention against Transnational Organized Crime* (resolução 55/25, 2000, centralidade de 236), amplamente conhecida como Convenção de Palermo. Embora trate de questões de saúde de forma indireta, a convenção aborda aspectos relevantes no contexto de suas três principais áreas de criminalidade: tráfico de pessoas, tráfico de migrantes e tráfico ilícito de armas. As questões de saúde são especialmente enfatizadas nas discussões sobre o impacto do tráfico de pessoas e do tráfico ilícito de migrantes, reconhecendo os efeitos devastadores que essas práticas têm sobre as vítimas.

O Artigo 6 da convenção destaca a necessidade de assistência às vítimas do tráfico de pessoas, reconhecendo que essas vítimas frequentemente enfrentam traumas físicos e psicológicos severos e, portanto, necessitam de uma rede abrangente de cuidados de saúde

para sua recuperação. O documento menciona explicitamente a oferta de cuidados de saúde física e mental, assistência psicológica e material adequada, acesso a serviços médicos de emergência e apoio psicológico especializado e contínuo.

Em 2002, a resolução *A World Fit for Children* (Resolução S-27/2, com centralidade de 51) complementou a Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 ao estabelecer um plano de ação que reforça os direitos já previstos e incorpora novas demandas relacionadas aos desafios do século XXI. A resolução aborda questões de saúde infantil de forma abrangente, detalhando compromissos e metas para promover o bem-estar físico e mental das crianças, reconhecendo as diferentes fases da infância e suas respectivas necessidades.

O documento ainda reforça o compromisso global com a saúde infantil ao detalhar ações e metas concretas em diferentes aspectos. O Artigo 35 foca no início de vida saudável, prevendo a redução da mortalidade infantil e materna, a ampliação do acesso a serviços de saúde primária e saneamento básico, e o fortalecimento de políticas de desenvolvimento na primeira infância. O Artigo 36 aborda a necessidade de combater desigualdades no acesso aos serviços de saúde por meio de programas nacionais que atendam às necessidades físicas, emocionais e cognitivas das crianças, com atenção especial à desnutrição e segurança alimentar. Já o Artigo 37 trata da saúde reprodutiva e planejamento familiar, com foco na redução das complicações de gestações precoces e na garantia de cuidados obstétricos de emergência para adolescentes, destacando a importância de serviços humanizados e acessíveis.

Em 2006, a Resolução 60/251 (com centralidade de 33) estabeleceu o Conselho de Direitos Humanos (Human Rights Council - HRC), com sede em Genebra, como órgão subsidiário da Assembleia Geral, em substituição à antiga Comissão de Direitos Humanos. A criação do HRC representou um marco na estrutura de governança dos direitos humanos na ONU, surgindo como resposta às críticas de ineficiência e politização da comissão anterior, frequentemente acusada de ser condescendente com Estados com histórico de violações de direitos humanos (TERLINGEN, 2007).

O novo órgão foi projetado para ser mais eficaz, legítimo e responsivo às crises globais de direitos humanos, com mecanismos de monitoramento mais rigorosos e imparciais. Uma das inovações mais significativas foi a criação do Exame Periódico Universal (UPR), que promove uma avaliação periódica da situação de direitos humanos em todos os

países-membros da ONU, independentemente de sua influência política. O HRC se consolidou como uma instância de diálogo e responsabilização, ampliando o escopo de proteção internacional e reforçando compromissos em temas transversais, como saúde, educação e igualdade de gênero.

Mesmo com a criação do HRC, a produção da Assembleia Geral em matéria de direitos humanos manteve-se intensa, com um alto nível de publicações de documentos relevantes, incluindo resoluções que abordavam os direitos humanos sob a perspectiva da saúde. Nesse contexto, destaca-se a resolução *Sport as a Means to Promote Education, Health, Development and Peace* (resolução 63/135, 2008, centralidade de 20), que ampliou a visão do papel do esporte na agenda internacional.

Essa resolução reconhece o esporte não apenas como um instrumento para a promoção da paz entre os povos, mas também como um meio eficaz de fortalecer a saúde física e mental dos indivíduos. O documento enfatiza que o esporte contribui para a prevenção de doenças, a inclusão social e o desenvolvimento integral, além de fomentar a educação e o bem-estar comunitário.

A resolução também destaca a importância de esforços colaborativos entre Estados-membros, organizações não governamentais e instituições multilaterais para implementar programas esportivos voltados ao desenvolvimento humano, com foco especial em crianças, mulheres e pessoas com deficiência. Dessa forma, o esporte é apresentado como uma ferramenta intersectorial que integra saúde, educação e direitos humanos em uma abordagem de desenvolvimento sustentável.

Em 2012 temos *The Human Right to Safe Drinking Water and Sanitation* (resolução 68/157, centralidade de 12) que reafirma que o direito à água potável segura e ao saneamento não é apenas um requisito básico, mas uma peça fundamental para garantir a saúde e prevenir doenças que comprometem o bem-estar físico e mental das populações mais vulneráveis. Ela reforça o compromisso dos Estados-membros com um desenvolvimento sustentável que considere a saúde pública como um elemento central de suas políticas, promovendo não apenas a sobrevivência, mas também a dignidade humana.

Em 2015, as Regras de Nelson Mandela ou United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (Resolução 70/175, centralidade de 61) atualizaram os padrões internacionais para o tratamento humanitário de presos, com foco na garantia do direito à

saúde. O documento estabelece que os presos devem ter acesso a serviços de saúde equivalentes aos da população geral, com cuidados preventivos, contínuos e emergenciais.

Dentre as regras que tratam especificamente de questões de saúde nas Regras de Nelson Mandela, destacam-se aquelas que reafirmam o compromisso com a dignidade e o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. A Regra 24 estabelece que o Estado é responsável por garantir assistência médica aos presos, assegurando que eles recebam os mesmos padrões de cuidados de saúde disponíveis à população em geral, sem qualquer discriminação. A Regra 25 determina que cada prisão deve contar com um serviço de saúde próprio, formado por uma equipe interdisciplinar responsável por avaliar, promover, proteger e melhorar a saúde física e mental dos detentos, com atenção especial às pessoas com necessidades específicas que possam dificultar sua reabilitação. A Regra 26 reforça a obrigatoriedade de preparar e manter prontuários médicos individuais precisos, atualizados e confidenciais para todos os presos, garantindo o acesso a essas informações mediante solicitação. Já a Regra 27 assegura o encaminhamento para hospitais externos sempre que o tratamento interno não for adequado.

Essas diretrizes atualizam e complementam as Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (SMR), adotadas pelo ECOSOC em 1957, que serviram como padrões mínimos universalmente reconhecidos para o tratamento de prisioneiros. A revisão de 2015 reflete um compromisso renovado com a dignidade humana, estabelecendo um referencial moderno para o direito internacional e doméstico, assegurando que os direitos à saúde e à integridade física e mental sejam respeitados mesmo em contextos de privação de liberdade.

Em 2020, a pandemia de COVID-19 impactou profundamente toda a agenda da ONU. No âmbito dos direitos humanos, as principais respostas institucionais às implicações da pandemia foram conduzidas pelo HRC, que produziu documentos como *"Human Rights Implications of the COVID-19 Pandemic on Young People"* (A/HRC/RES/48/12, 2020) e *"Civil Society Space: COVID-19 – The Road to Recovery and the Essential Role of Civil Society"* (A/HRC/RES/47/3, 2021). Por outro lado, as resoluções da AGNU mantiveram suas pautas tradicionais, mas frequentemente incorporaram parágrafos nas cláusulas preambulares para reconhecer os impactos da COVID-19, sem grandes mudanças estruturais nas suas deliberações.

Esse cenário evidencia um movimento de transição: entre o final da década de 2010 e o início da década de 2020, houve uma clara gravação das principais discussões e convenções de

direitos humanos do espaço da AGNU para o HRC, que assumiu um papel de protagonismo na formulação de respostas às crises globais de saúde e às suas implicações em termos de direitos humanos.

Ainda assim, a AGNU continua a produzir documentos relevantes em matéria de direitos humanos, como a agenda de prevenção de crimes e fortalecimento dos sistemas de justiça, exemplificada pela resolução *Strengthening the United Nations Crime Prevention and Criminal Justice Programme, in Particular Its Technical Cooperation Capacity* (77/237, 2022, centralidade de 61). Essa resolução adota medidas para fortalecer o programa das Nações Unidas voltado à prevenção do crime e à justiça criminal, destacando a necessidade de aprimorar a cooperação internacional, o treinamento técnico e a assistência aos Estados-membros em questões como crime organizado transnacional, corrupção, tráfico de pessoas, armas e drogas, além de cibercrimes e crimes ambientais.

Embora não trate explicitamente de questões de saúde, esse tipo de resolução frequentemente utiliza as Regras de Nelson Mandela como base jurídica para reforçar os padrões mínimos de tratamento das pessoas encarceradas, promovendo diretrizes que garantam condições dignas de saúde física e mental nos contextos de privação de liberdade.

É também nesse período que a AGNU parece expandir as suas legislações de agendas já bem consolidadas e influentes como questões das mulheres para grupos específicos como a *International Day of Care and Support* (77/325, 2023) que proclama o dia 29 de outubro como o Dia Internacional do Cuidado e Apoio. O documento destaca a importância de políticas públicas que reconheçam, valorizem e redistribuam o trabalho de cuidado, com o objetivo de reduzir desigualdades de gênero e promover o bem-estar social. A resolução reconhece que o trabalho de cuidado — pago e não pago — é essencial para o desenvolvimento econômico e social, mas permanece invisível e subvalorizado em muitas sociedades, sendo realizado majoritariamente por mulheres e meninas.

De forma semelhante, a resolução *World Basketball Day* (77/324, 2023) também expande a questão do esporte como um meio de promover a saúde e a paz ao proclamar o dia 21 de dezembro como o Dia Mundial do Basquete. O documento reforça a relevância do esporte, incluindo o basquete, na promoção da paz, desenvolvimento sustentável e respeito aos direitos humanos, destacando seu papel na educação, saúde física e mental, igualdade de gênero e inclusão social. A resolução ainda incentiva os Estados-membros a utilizarem o esporte como

ferramenta para combater doenças não transmissíveis, prevenir o uso de drogas e promover o envelhecimento saudável e ativo.

Durante esse período, também surgiram resoluções que transcendem a esfera dos direitos humanos e o direito à saúde da humanidade, abordando questões essenciais relacionadas à vida animal e outras formas de vida. Um exemplo é a resolução *Tackling Illicit Trafficking in Wildlife* (77/325, 2023), que reforça o compromisso internacional com o combate ao tráfico ilícito de vida selvagem, destacando a importância da preservação da biodiversidade e a necessidade de ações coordenadas para proteger espécies ameaçadas e prevenir riscos à saúde coletiva. O documento destaca a importância de abordar de forma integrada os aspectos de saúde animal, humana e ambiental, reconhecendo o conceito de "One Health"²⁰ como fundamental para prevenir o surgimento e a disseminação de zoonoses.

A resolução reconhece que o tráfico de animais selvagens e seus produtos eleva o risco de doenças zoonóticas²¹ ao evitar controles sanitários e regulações de quarentena, além de impactar negativamente a saúde pública e animal. O texto incentiva a colaboração entre Estados-membros e organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde Animal (OMSA) e a OMS, para fortalecer sistemas de vigilância, controle sanitário e resposta às emergências de saúde relacionadas ao comércio ilegal de animais.

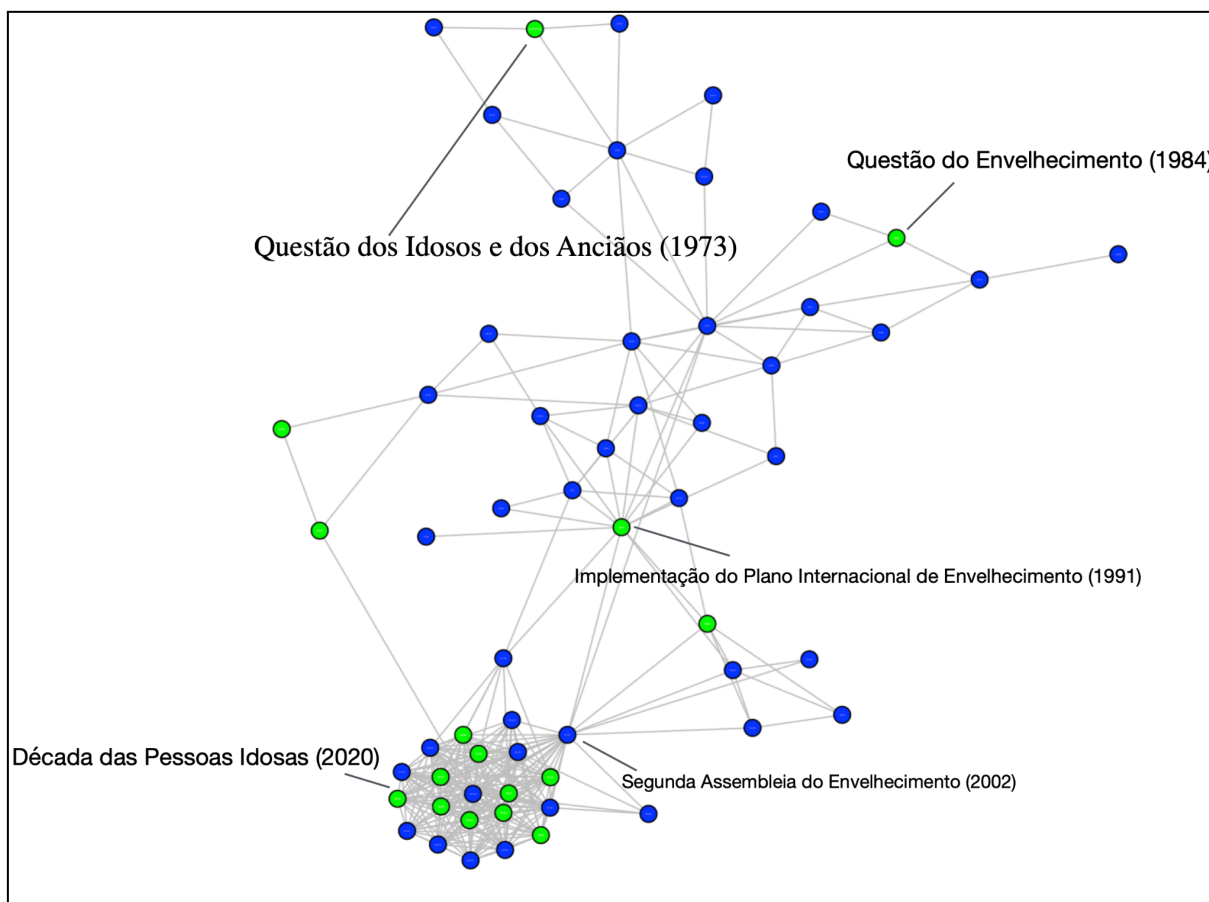
4.4 QUESTÕES RELACIONADAS À POPULAÇÃO IDOSA.

4.4.1 Panorama Geral do Cluster.

Figura 10 - Rede de Citação de Resoluções do Cluster de Pessoas Idosas

²⁰ A abordagem One Health enfatiza que, diante dos complexos padrões de mudança global, a interconexão intrínseca entre humanos, animais domésticos, gado, vida selvagem e seus respectivos ambientes sociais e ecológicos torna-se evidente, exigindo estratégias integradas de promoção e proteção da saúde humana, animal e ambiental. (ZINSSTAG et al., 2011)

²¹ Uma zoonose (doença zoonótica; "zoonoses" no plural) é uma doença infecciosa que é transmitida entre espécies animais e humanos (HAN et al., 2016). Diversos agentes causadores de doenças infecciosas, como bactérias, vírus, parasitas e fungos, podem ser transmitidos de animais para pessoas por diferentes vias, incluindo penetração através de pele ferida ou abrasiva, ingestão, picadas de animais, vetores (como insetos) e contato animal-humano (como inalação de partículas respiratórias ou contato pele/mucosa) (GAUTHIER, 2015; RAHMAN et al., 2020; ZIARATI, 2022).



Fonte: O autor (2025)

Os nós em azul correspondem às resoluções que não foram classificadas como de saúde, pois seu corpus não apresenta nenhuma das palavras-chave definidas no dicionário. Os nós em verde, por outro lado, representam as resoluções que, de acordo com esse dicionário, são classificadas como relacionadas à saúde. As linhas chamam a atenção para resoluções de interesse, evidenciando onde elas se localizam na rede e como se conectam com o resto da rede.

O cluster que trata das questões relacionadas às pessoas idosas é relativamente pequeno, contendo apenas 59 documentos em seu corpo, dentre os quais 16 são documentos de saúde, apresentando uma proporção de 27% de documentos relacionados à saúde em relação ao total de documentos do cluster. Ao observar a distribuição temporal desses documentos, percebe-se uma uniformidade, com ao menos um documento sendo publicado por ano, apesar de alguns picos de produção observados na década de 2000. Notavelmente, a concentração de documentos que contêm palavras-chave selecionadas se intensifica na segunda metade da década de 2010, com essa tendência persistindo nos anos 2020. Contudo, ainda há registros de documentos espaçados ao longo das décadas de 2000, 1990, 1980 e 1970.

Figura 11 - Nuvem de Palavras do Cluster de Pessoas Idosas.



Fonte: O autor (2025)

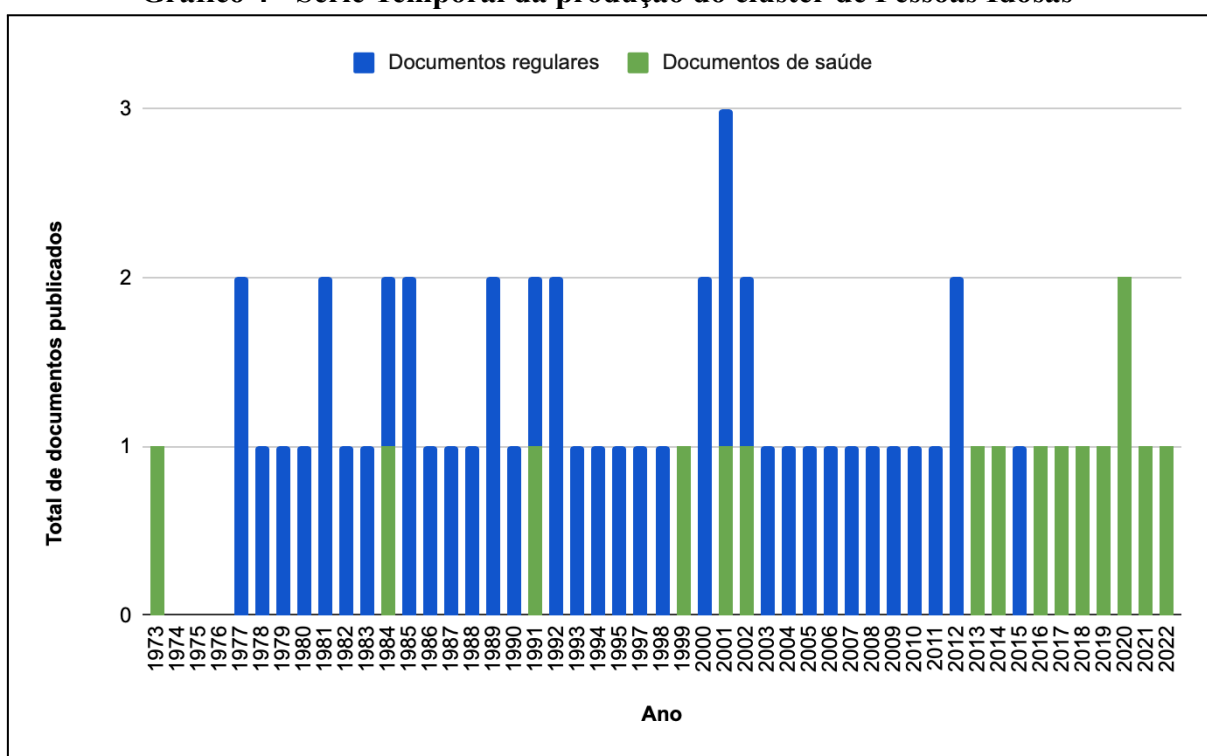
A análise da nuvem de palavras (Figura 9) revelou termos como *"older"* e *"persons"*, que auxiliaram na identificação do cluster. Além disso, termos como *"including"*, *"rights"*, *"discrimination"* e *"social"* sugerem uma forte ênfase na proteção dos direitos dos idosos, bem como em sua integração e inclusão no tecido social. A expressão *"health care"* também se destacou, indicando uma preocupação central com a saúde e o bem-estar desse grupo.

Outro ponto de interesse foi a presença em destaque da palavra *"women"*, o que aponta para uma atenção especial às mulheres idosas, que frequentemente enfrentam condições de maior vulnerabilidade em decorrência de fatores históricos e sociais, como desigualdades de renda e acesso a cuidados de saúde. Além disso, o termo *"Madrid"* indica a influência significativa do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento de 2002. Este plano foi o primeiro acordo global a reconhecer as pessoas idosas como contribuintes para o desenvolvimento de suas sociedades, comprometendo os governos a incluir o envelhecimento em todas as políticas de desenvolvimento social e econômico, incluindo programas de redução da pobreza.

No âmbito das resoluções mais centrais relacionadas à saúde, destacam-se a *Follow-up to the 2nd World Assembly on Ageing* (resolução 71/164, 2016) e a resolução 72/144 de mesmo nome, adotada em 2017. Ambas apresentam uma centralidade elevada para o cluster, com índice de 21, reforçando seu papel relevante na organização do debate e na formulação de diretrizes voltadas ao envelhecimento ativo e ao amparo à população idosa.

4.4.2 Análise histórica das resoluções.

Gráfico 4 - Série Temporal da produção do cluster de Pessoas Idosas



Fonte: O autor (2025)

A discussão sobre os direitos das pessoas idosas emergiu no âmbito da AGNU em setembro de 1948, quando a Argentina apresentou a proposta intitulada “*Declaration of Old Age Rights*” (Resolução A/C.3/213). Este documento propunha um conjunto de direitos universais voltados à proteção e dignidade das pessoas idosas, como o Direito aos Cuidados com a Saúde Física, Direito à Alimentação, Direito aos Cuidados com a Saúde Moral e Direito à Assistência. A proposta se destacou como um esforço pioneiro de inclusão social e promoção da dignidade para este grupo específico.

A apresentação dessa proposta ocorreu no mesmo ano da adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), evidenciando a preocupação, naquele contexto histórico, em ampliar os direitos humanos para grupos vulneráveis, como os idosos. Em dezembro de 1948, a Assembleia adotou a Resolução 213 (III) - *Declaration of Old Age Rights*, na qual decidiu encaminhar o projeto ao ECOSOC. O objetivo era que o conselho conduzisse um estudo aprofundado sobre o tema e apresentasse um relatório em uma sessão futura da Assembleia Geral, reforçando a necessidade de uma análise técnica que considerasse os aspectos econômicos e sociais relacionados à implementação dos direitos propostos.

Apesar dessa iniciativa inicial, o tema da velhice tornou-se secundário na Assembleia Geral das Nações Unidas nas décadas seguintes. Entre 1949 e 1969, a questão permaneceu restrita ao âmbito do ECOSOC, sem novas resoluções específicas sobre a proteção dos direitos das pessoas idosas durante esse período. Somente em 1969 a ONU retomou o debate de forma mais abrangente, passando a considerar com seriedade a proteção dos direitos e o bem-estar dos idosos (GORMAN, 2017).

A resolução *Question of the Elderly and the Aged* (Resolução 2599 (XXIV)), adotada pela Assembleia Geral da ONU em 16 de dezembro de 1969, marca um ponto de inflexão na abordagem da organização em relação às questões relacionadas às pessoas idosas. O documento evidencia o reconhecimento da importância desse tema, ainda que seu exame tenha sido postergado devido à sobrecarga da agenda de trabalho na vigésima quarta sessão.

A resolução demonstra o compromisso da Assembleia em garantir a devida atenção ao tema na vigésima quinta sessão, reafirmando a intenção de ampliar e aprofundar o debate sobre os direitos e o bem-estar das pessoas idosas. Essa iniciativa reflete a crescente conscientização da AGNU sobre a necessidade de integrar as demandas desse grupo à sua agenda de direitos humanos e justiça social.

A resolução *Question of the Elderly and the Aged* (3137 (XXVIII)), adotada pela AGNU em 1973, estabelece diretrizes fundamentais para a promoção da saúde e do bem-estar das pessoas idosas, evidenciando a preocupação crescente com a proteção desse grupo em um contexto de mudanças demográficas globais. O texto enfatiza a necessidade de programas de saúde que atendam às especificidades dessa população, com destaque para a implementação de cuidados preventivos e o fortalecimento do acesso aos serviços de saúde física e mental.

Entre as recomendações, destaca-se o desenvolvimento de políticas públicas que assegurem a continuidade do cuidado e promovam um bem-estar integral, complementadas por políticas de segurança social capazes de garantir uma renda adequada que viabilize o acesso dos idosos a serviços de saúde de qualidade. A resolução também demonstra apreço pela nota emitida pela OMS, que reforça as preocupações com as necessidades específicas da população idosa, consolidando o papel dessa agência na formulação de abordagens integradas e no apoio às políticas de saúde voltadas ao envelhecimento digno e sustentável.

Em 1977, a resolução *World Assembly on the Elderly*. (resolução 32/132) decidiu realizar, em 1982, uma Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, com o objetivo de lançar um programa de ação internacional focado em garantir segurança econômica e social para as pessoas idosas. A Assembleia também busca promover oportunidades para que as pessoas idosas possam continuar contribuindo para o desenvolvimento nacional, reforçando a ideia de um envelhecimento ativo e participativo. A resolução propõe avaliar, em um momento posterior, a viabilidade de declarar um Ano Internacional das Pessoas Idosas, levando em conta o relatório do Secretário-Geral sobre a questão, solicitado em uma decisão anterior do ECOSOC, em 1º de agosto de 1978.

A *Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* foi realizada de 26 de julho a 6 de agosto de 1982, em Viena, com o objetivo de servir como um fórum para o lançamento de um programa de ação internacional voltado à garantia de segurança econômica e social para as pessoas idosas, além de promover oportunidades para que esse grupo pudesse contribuir ativamente para o desenvolvimento nacional. O principal resultado desse evento foi o *Plano Internacional de Ação de Viena sobre o Envelhecimento*, o primeiro instrumento internacional dedicado exclusivamente ao tema do envelhecimento, que estabeleceu uma base sólida para a formulação de políticas e programas nacionais e internacionais voltados a essa questão.

O Plano de Ação de Viena foi endossado pela AGNU ainda em 1982, por meio da resolução *Question of Aging* (resolução 37/51, centralidade 12), destacada por sua centralidade e importância nas discussões sobre os direitos das pessoas idosas. O documento incluiu 62 recomendações de ação, abrangendo áreas estratégicas como pesquisa, coleta e análise de dados, treinamento e educação. Além disso, contemplou setores essenciais para a promoção do envelhecimento saudável e digno, como saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, apoio familiar, bem-estar social, segurança de renda e emprego, e educação.

De acordo com Neysmith e Edwardht (1983), a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena em 1982, foi um marco significativo na história social global. A convocação desse evento representou um reconhecimento oficial de que o envelhecimento da população é um fenômeno de dimensão mundial. O documento resultante se destacou dos anteriores por estabelecer objetivos claros e tangíveis, marcando um avanço nas discussões internacionais sobre políticas para a população idosa. Entretanto, apesar de seu caráter inovador, Neysmith e Edwardht ressaltam que o plano falhou em reconhecer as dificuldades enfrentadas pelos países em desenvolvimento na implementação das ações propostas, especialmente em um cenário de dependência econômica e política que não pode ser ignorada.

A resolução *Question of Aging* (39/25), adotada pela AGNU em 1984, reafirma a importância da implementação do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento e estabelece um conjunto de recomendações robustas destinadas a promover políticas de proteção e inclusão das pessoas idosas, apresentando um texto mais abrangente em comparação com as resoluções da década de 1970. O documento ressalta a necessidade de integrar o envelhecimento às políticas de saúde pública, reforçando a importância de políticas que garantam acesso adequado aos cuidados médicos e sociais, especialmente nas regiões com recursos limitados. Além disso, o texto enfatiza a cooperação internacional como um elemento central para a concretização das metas propostas, com atenção especial aos países em desenvolvimento.

Outra resolução significativa da década de 1980 que dá continuidade às ações propostas pela Assembleia de Viena é a *Implementation of the International Plan of Action on Aging* (40/30, 1985, centralidade 9). Esta resolução solicita ao Secretário-Geral que convide os Estados-membros, as agências especializadas e outras organizações do Sistema da ONU a comentarem sobre os meios e formas de implementação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento.

O documento também pede ao Secretário-Geral que inclua em seu relatório uma análise detalhada dos aspectos programáticos e financeiros das atividades realizadas pelos diversos órgãos e entidades do Sistema das Nações Unidas desde a adoção do plano. Esses relatórios visam garantir a transparência e a avaliação contínua dos esforços globais para promover um envelhecimento digno e sustentável, consolidando o compromisso internacional com os direitos e o bem-estar das pessoas idosas.

A resolução *Implementation of the International Plan of Action on Ageing* (46/91, centralidade de 14) adotada em 1991, reforça o compromisso com a implementação do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento e celebra o décimo aniversário de sua adoção apresentando diretrizes para o fortalecimento de programas nacionais e internacionais voltados ao envelhecimento. A resolução destaca a importância de serviços de saúde que considerem as necessidades específicas dessa população, incluindo cuidados preventivos e de longo prazo, e reforça o princípio da independência, assegurando acesso à alimentação adequada, moradia apropriada e assistência médica contínua.

Além disso, a implementação do plano ressalta que ambientes adaptados às mudanças nas condições de saúde são essenciais para garantir a qualidade de vida dos idosos. Outro ponto relevante é a promoção da saúde mental por meio da inclusão social e de oportunidades de participação comunitária, minimizando os riscos de isolamento e solidão. A resolução também incentiva a capacitação de profissionais de saúde, o apoio a serviços voluntários e a realização de pesquisas que subsidiem políticas públicas baseadas em evidências.

É relevante destacar que, entre a década de 1960 e os anos 2000, observou-se um aumento expressivo na proporção de pessoas idosas em nível global. Nos países da União Europeia, a população idosa correspondia, no início dos anos 1960, a aproximadamente 10% do total populacional, percentual que se elevou para cerca de 16% nos anos 2000. Esse crescimento reflete mudanças substanciais nas pirâmides etárias dessas nações, impulsionado pelo aumento da expectativa de vida e pela redução das taxas de natalidade.

Tais fenômenos reconfiguraram as estruturas demográficas, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas ao bem-estar e à inclusão social da população idosa. O rápido envelhecimento populacional intensificou os esforços diplomáticos para a elaboração de documentos e tratados internacionais que abordassem de forma sistemática essa questão, destacando o envelhecimento como um tema central nas agendas globais de desenvolvimento e direitos humanos.

Um reflexo desse cenário é o Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (MIPAA), adotado em 2002, que estabeleceu a agenda global para enfrentar os desafios do envelhecimento da população no século XXI. O MIPAA concentra-se em três áreas prioritárias: idosos e desenvolvimento; promoção da saúde e do bem-estar na velhice; e criação de ambientes facilitadores e de apoio (KINSELLA & PHILLIPS, 2005). Este plano se

apresenta como um recurso fundamental para a formulação de políticas públicas, sugerindo estratégias para que governos, organizações não governamentais e outros atores reorientem as formas como suas sociedades percebem, interagem e cuidam de seus cidadãos mais velhos. O MIPAA representa a primeira vez que os governos concordaram em vincular questões relacionadas ao envelhecimento às estruturas de desenvolvimento social, econômico e aos direitos humanos, em consonância com os compromissos assumidos em conferências e cúpulas das Nações Unidas na década anterior. Conforme argumentam Sidorenko & Walker (2004), o MIPAA difere de seu antecessor de 1982, elaborado em Viena, ao colocar os países em desenvolvimento no centro das discussões e ao reconhecer as desigualdades regionais, promovendo ações mais inclusivas e alinhadas às necessidades globais.

Boa parte da atividade do cluster na década de 2000 foi dedicada à implementação das ações do MIPAA, como exemplificado pela resolução *Follow-up to the 2nd World Assembly on Ageing* (57/167, 2002, centralidade 27). Esta resolução reforça o compromisso com a execução do Plano de Madrid, convocando os Estados-membros, instituições financeiras internacionais e demais atores a adotarem medidas concretas para promover a inclusão e o bem-estar da população idosa. O documento solicita a elaboração de um roteiro detalhado para orientar as ações e recomenda contribuições ao Fundo Fiduciário das Nações Unidas para Envelhecimento, com o objetivo de financiar iniciativas voltadas ao desenvolvimento de políticas públicas inclusivas e sustentáveis para esse segmento populacional.

Outro exemplo relevante é a resolução *Follow-up to the 2nd World Assembly on Ageing* (58/134, 2003) que solicita à Comissão de Desenvolvimento Social e à Comissão sobre o Status da Mulher que reforcem a coordenação e a colaboração na abordagem das questões que afetam as mulheres idosas. Esta resolução também enfatiza a importância da coleta de dados e estatísticas populacionais desagregadas por idade e sexo, reconhecendo a necessidade de que todos os países incorporem essas informações em seus processos de formulação de políticas, assegurando maior precisão na análise e na implementação de ações direcionadas.

É relevante destacar que, a partir dos anos 2000, as resoluções do cluster sobre pessoas idosas assumiram um papel de maior centralidade na rede de documentos da ONU em comparação aos anos anteriores. Durante a década de 1990, a centralidade média das resoluções do cluster era de 5,18. Esse valor apresentou um aumento significativo na década de 2000, atingindo 12,21 e continuou crescendo na década de 2010, com uma centralidade média de 18,27 mesmo com um número relativamente estável de documentos publicados ao longo das três

décadas. Esses dados indicam que as resoluções relacionadas ao envelhecimento populacional vêm se tornando cada vez mais influentes, refletindo um reconhecimento crescente da relevância dessa pauta no âmbito das Nações Unidas.

A resolução *Follow-up to the 2nd World Assembly on Ageing* (68/134), adotada em 2013, reforça o compromisso com a implementação do Plano de Madrid e apresenta uma forte ênfase nas questões de saúde da população idosa. O documento sublinha a promoção do envelhecimento ativo e saudável, com destaque para a prevenção de doenças não transmissíveis (DNTs) e a ampliação da cobertura universal de saúde, garantindo que os serviços sejam acessíveis, equitativos e não imponham dificuldades financeiras às populações vulneráveis.

A partir dessa resolução, os documentos subsequentes relacionados ao envelhecimento passaram a incorporar de forma consistente tais temas em seus textos. Uma característica notável é o crescente uso de referências a documentos de outros organismos internacionais, como o HRC e a OMS, para embasar seu conteúdo. Um exemplo é a *Resolução Follow-up to the 2nd World Assembly on Ageing* (71/164, 2016, centralidade 21), que reconhece importantes resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, como a Resolução 58.16 (2005), que ressalta o papel das políticas públicas para garantir que a população idosa mantenha-se em boas condições de saúde e continue contribuindo para suas comunidades. O documento também cita a Resolução 65.3 (2012), que identifica o envelhecimento populacional como um fator impulsionador do aumento das DNTs, e a Resolução 69.3 (2016), que apresenta a Estratégia Global e Plano de Ação para o Envelhecimento e Saúde 2016-2020.

A Resolução 75/131, adotada em dezembro de 2020, proclama o período de 2021 a 2030 como a Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável, com o objetivo de promover ações coordenadas voltadas à promoção da saúde e ao bem-estar da população idosa. O documento enfatiza a criação de um programa de trabalho com estratégias e opções de políticas voluntárias, desenvolvido de forma colaborativa e contínua, para orientar governos e demais partes interessadas.

Um aspecto relevante da resolução é o chamado aos Estados-membros para reforçarem medidas destinadas a prevenir, monitorar e mitigar os impactos desproporcionais da pandemia de COVID-19 sobre as pessoas idosas, garantindo que decisões relacionadas ao cuidado com a saúde respeitem a dignidade e os direitos humanos desse grupo, assegurando o mais alto

padrão possível de saúde física e mental. Essa iniciativa reflete a necessidade de fortalecer a proteção social e os serviços de saúde durante crises globais, evidenciando o compromisso internacional com a promoção de um envelhecimento saudável e inclusivo.

Até 2025, nenhum dos documentos internacionais sobre os direitos das pessoas idosas possui caráter juridicamente vinculante. Contudo, discute-se a iminente aprovação de uma Convenção sobre os Direitos das Pessoas Idosas (UNCROP), que poderá se consolidar como o próximo grande tratado de direitos humanos adotado pelas Nações Unidas e um dos marcos da década de 2020. O tratado proposto busca remediar a estrutura fragmentada dos direitos humanos voltados aos idosos, reafirmando direitos fundamentais considerados prioritários para essa população.

Em outubro de 2010, a Assembleia Geral adotou a resolução 65/182, que criou o Grupo de Trabalho Aberto sobre Envelhecimento (OEWSGA) com o objetivo de fortalecer os direitos humanos das pessoas idosas. O mandato do OEWSGA inclui a análise da estrutura internacional vigente de direitos humanos aplicável aos idosos, a identificação de lacunas existentes e a proposição de abordagens adequadas para superá-las. Esse grupo se consolidou como o principal fórum de discussão para a adoção de um tratado multilateral, direcionando o debate às necessidades específicas dessa população e às limitações do arcabouço atual. Durante a sessão de 2017, foi decidido que o conteúdo normativo para o desenvolvimento de uma Convenção deveria ser estruturado²².

A principal crítica à proposta de uma nova convenção internacional sobre os direitos das pessoas idosas provém de Estados que argumentam que a sua elaboração demandaria um volume considerável de recursos, em um contexto em que a estrutura internacional de direitos humanos já enfrenta limitações financeiras e operacionais. Esses Estados defendem, como alternativa, o fortalecimento e a otimização dos mecanismos existentes, como o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Essa posição é particularmente representada pelos Estados Unidos, que sustentam que uma nova convenção não acrescentaria avanços significativos às proteções já asseguradas pelos tratados internacionais vigentes²³.

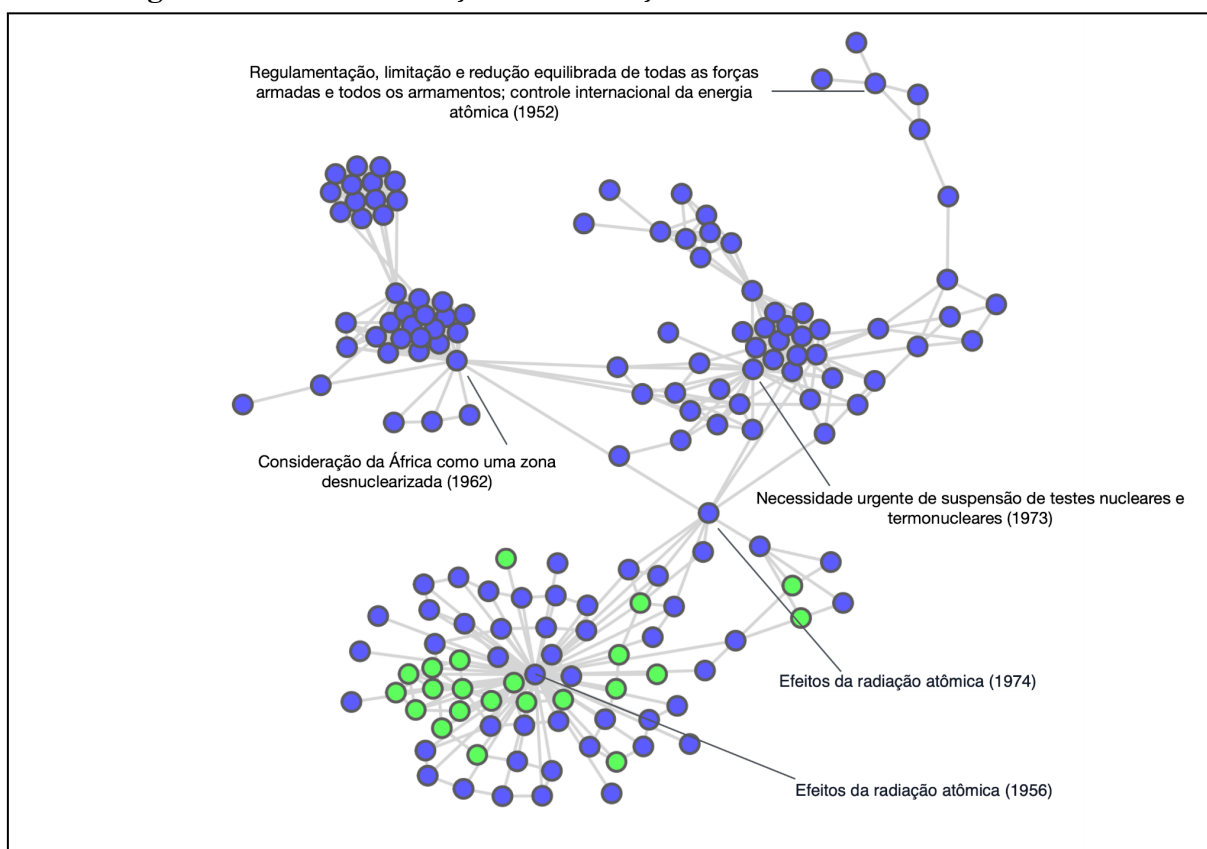
²² Team, ODS. "[ODS HOME PAGE](#)" (PDF). *documents-dds-ny.un.org*. Acessado em 10 de jan. de 2025

²³ "[United States submission to the Fifth Session on Ageing](#)" (PDF). *Social.un.org*. July 1, 2014. p. 3. Acessado e, 10 de jan. de 2025.

4.5 EFEITOS DA RADIAÇÃO ATÔMICA

4.5.1 Panorama Geral do Cluster

Figura 12 - Rede de Citação de Resoluções do Cluster de Pessoas Idosas



Fonte: O autor (2025)

Os nós em azul correspondem às resoluções que não foram classificadas como de saúde, pois seu corpus não apresenta nenhuma das palavras-chave definidas no dicionário. Os nós em verde, por outro lado, representam as resoluções que, de acordo com esse dicionário, são classificadas como relacionadas à saúde. As linhas chamam a atenção para resoluções de interesse, evidenciando onde elas se localizam na rede e como se conectam com o resto da rede.

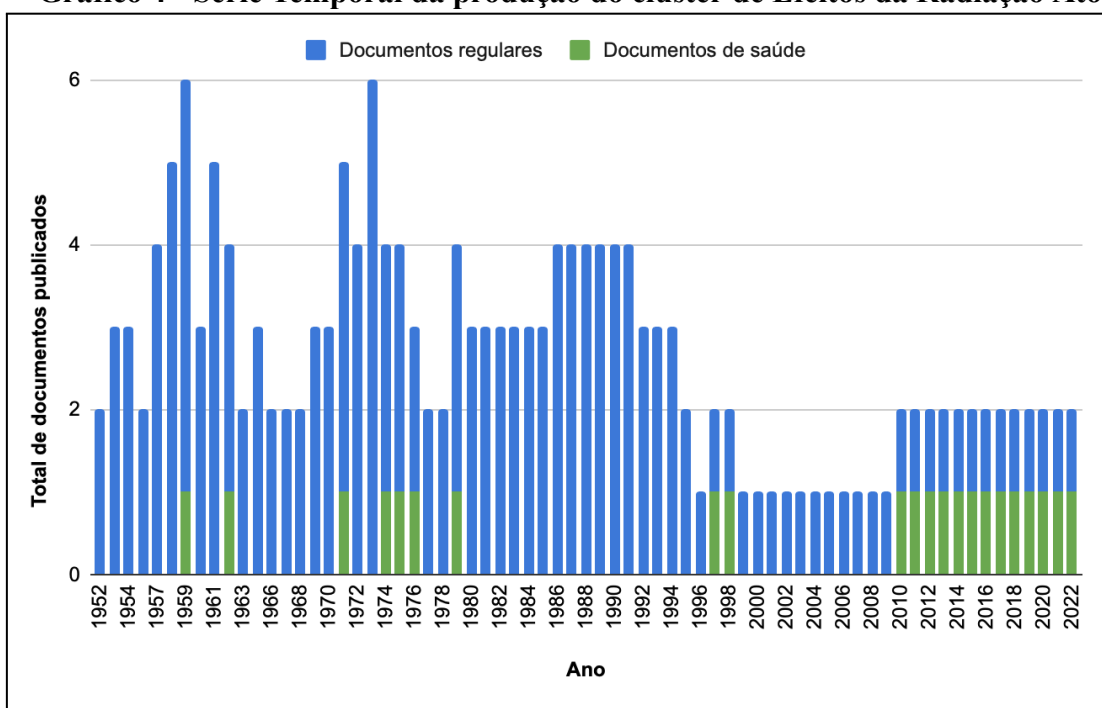
conjunto de resoluções relacionadas aos efeitos da radiação atômica constitui um universo bem delimitado, com poucas interações fora de seu próprio escopo. Esse padrão se repete em outras resoluções do cluster, que apresentam conexões limitadas com documentos da ONU fora dessa temática específica.

Os documentos mais recentes do cluster seguem um padrão consistente, no qual apenas uma resolução é publicada anualmente sob o mesmo título, recebendo apenas atualizações pontuais em relação ao documento do ano anterior. Por exemplo, em 2017, foi publicada a resolução *Effects of Atomic Radiation* (72/76), enquanto resoluções semelhantes foram emitidas em 2016 (71/89) e 2015 (69/84).

A análise da evolução temporal do cluster revela que ele foi significativamente mais ativo no passado, com um maior número de documentos publicados nas décadas de 1950, 1960, 1970 e 1990 (Gráfico 4). Essa redução na frequência de publicações contemporâneas reflete um padrão temporal de declínio na produção documental desse tema.

4.5.2 Análise Histórica das Resoluções

Gráfico 4 - Série Temporal da produção do cluster de Efeitos da Radiação Atômica.



Fonte: O autor (2025)

A questão da energia atômica é um dos assuntos mais tradicionais da Assembleia Geral da ONU e começou a ser discutido com a fundação da Comissão de Energia Atômica das Nações Unidas (UNAEC) foi fundada em 24 de janeiro de 1946 pela primeira resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas para lidar com os problemas levantados pela descoberta da energia atômica (resolução 1/1) pouco tempo após a primeira sessão da AGNU que foi convocada em 10 de janeiro de 1946, no *Methodist Central Hall*, em Londres, e que contou com representantes de 51 nações. Seu mandato abrangia promover o intercâmbio de informações científicas para fins pacíficos, garantir que a energia atômica fosse utilizada exclusivamente para propósitos pacíficos, eliminar armas atômicas e outras armas de destruição em massa, além de estabelecer salvaguardas para proteger os Estados cumpridores contra violações.

Apesar dos esforços iniciais, incluindo o Plano Baruch, apresentado pelos Estados Unidos em 1946, que propunha a destruição dos arsenais atômicos americanos sob a condição de controles internacionais rigorosos, a UNAEC enfrentou grandes desafios. A União Soviética recusou-se a apoiar o plano, tornando improvável qualquer consenso já no início de 1947. Após anos de negociações infrutíferas e impasses, em 1949 a comissão ficou inativa.

Em paralelo, a UNAEC, outra comissão foi criada pelo UNSC para lidar com a questão nuclear (Resolução S/268); A Comissão de Armamentos Convencionais das Nações Unidas foi criada como resultado do tratado fundador das Nações Unidas em 1946. Seu objetivo era encontrar maneiras de reduzir o tamanho dos armamentos não nucleares no mundo. A comissão foi formalmente estabelecida por uma resolução do Conselho de Segurança em 13 de fevereiro de 1947.

No entanto, os cinco membros permanentes do UNSC não conseguiram chegar a um consenso sobre como alcançar esse objetivo. Como resultado, o primeiro relatório da comissão, em 1949, não apresentou recomendações substanciais. Em 1950, a União Soviética se recusou a participar das discussões com os representantes do grupo "Kuomintang" (representantes chineses não comunistas), o que efetivamente encerrou as atividades da comissão.

Em 1952, a resolução *Regulation, limitation and balanced reduction of all armed forces and all armaments; international control of atomic energy*. (resolução 502 (VI)) estabelece a criação de uma nova Comissão de Desarmamento sob o Conselho de Segurança da ONU,

composta pelos mesmos membros das comissões anteriores (UNAEC e Comissão de Armamentos Convencionais) e termina por dissolver formalmente a Comissão de Energia Atômica e recomenda a dissolução da Comissão de Armamentos Convencionais, consolidando os esforços de desarmamento em uma única estrutura. A resolução 502 (VI) é o documento mais antigo do cluster de Efeitos da Radiação Atômica.

Em 1955, a AGNU, por meio da resolução 913 (X) intitulada *Effects of Atomic Radiation*, instituiu o Comitê Científico para Estudo dos Efeitos da Radiação Atômica, mais tarde conhecido como UNSCEAR (*United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation*). Este comitê foi criado com o objetivo de avaliar e compilar dados globais sobre os níveis de radiação ionizante e seus impactos na saúde humana e no meio ambiente, respondendo às crescentes preocupações geradas pelos testes nucleares realizados pelas potências nucleares da época.

Inicialmente, a resolução designou 15 Estados-Membros para indicar cientistas que atuariam como membros do comitê. Desde sua criação, o UNSCEAR realiza reuniões anuais formais (sessões) e envia relatórios à AGNU, servindo como uma fonte científica centralizada para monitorar e informar sobre os efeitos da radiação. A necessidade de tal órgão era evidente, dado o contexto da Guerra Fria e a intensificação dos testes nucleares: os Estados Unidos haviam conduzido 67 testes nucleares, a União Soviética 24, e o Reino Unido 3, incluindo o primeiro teste britânico nas Ilhas Montebello, na Austrália Ocidental, em 3 de outubro de 1952²⁴.

A resolução 913 (X) marcou o início de um ciclo contínuo de publicações na AGNU sob o título *Effects of Atomic Radiation* com periodicidade variável. Essas resoluções subsequentes não apenas reafirmam o mandato do UNSCEAR, mas também adaptam e expandem suas atribuições à medida que novos desafios e avanços científicos emergem. O trabalho do UNSCEAR, estabelecido por essa resolução pioneira, consolidou-se como uma resposta sistemática às preocupações globais sobre os riscos da radiação, fornecendo uma base científica sólida para guiar decisões internacionais sobre segurança nuclear, proteção ambiental e saúde pública.

O Programa de Testes Nucleares dos EUA no Pacífico (1946-1958) teve efeitos particularmente devastadores na República das Ilhas Marshall, onde a exposição à radiação

²⁴ fonte: Arms Control Association (2023)

gerou taxas alarmantes de doenças crônicas e câncer (PALAFOX et al., 2007). Esses eventos reforçaram a urgência de regulamentação internacional, culminando no Tratado de Proibição Parcial de Testes Nucleares de 1963.

Em 1959, foi publicado o documento *Progress Report of the United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation* (Resolução 1376 (XIV)), que apresenta as conclusões do relatório do UNSCEAR e traz recomendações para o aprimoramento dos estudos sobre os efeitos da radiação ionizante. O relatório enfatiza a importância da cooperação com a OMS e outras instituições, como a Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA) e a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), destacando a necessidade de promover o intercâmbio de informações e estabelecer novos arranjos que facilitem o fluxo de dados científicos entre as entidades envolvidas. O documento reforça o papel da OMS como parceira estratégica do UNSCEAR, essencial para garantir a padronização de métodos científicos e fortalecer a troca de conhecimentos.

O início da década de 60 foi marcada por uma intensificação no processo de corrida armamentista nuclear com novos países como a China e a França tornando-se potências nucleares e detonando as suas primeiras bombas e com um aumento exponencial no número de armamentos nucleares detonados pelos EUA e a URSS com 175 testes nucleares sendo realizados por ambos os países no ano de 1962. O mundo testemunhou um verdadeiro terror nuclear com o aumento das tensões entre Ocidente e Oriente agravado pela crise dos mísseis de Cuba em 1962.

Dentro do cluster, um documento central desse período é a resolução *The Urgent Need for a Treaty to Ban Nuclear Weapons Tests Under Effective International Control* (1649 (xvi), 1961), que evidencia a preocupação dos países não nucleares com os impactos das frequentes explosões nucleares, em especial a precipitação radioativa. Durante as discussões registradas na 1049ª sessão plenária da Assembleia Geral (A/PV.1049, 1961), o delegado de Chipre, Mr. Rossides, destacou que, embora os testes fossem vistos pelas potências como parte do equilíbrio estratégico, seus efeitos ultrapassavam as disputas de poder e atingiam toda a humanidade. Rossides enfatizou que a precipitação radioativa não respeita fronteiras e representa um problema universal, afetando indiscriminadamente todas as nações e gerações. Seu discurso mostra a preocupação e a urgência dos países naquela época com a construção de tratados que pudessem proteger as populações dos danos irreparáveis provocados pelas inúmeras explosões nucleares da década de 60.

Em novembro de 1962, o documento Report of the United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (Resolução 1764 (XVII)) chamou atenção para os riscos biológicos associados à exposição à radiação, destacando tanto os efeitos somáticos quanto os efeitos genéticos. A resolução enfatiza que os impactos da radiação podem ser latentes, manifestando-se anos após a exposição inicial ou sendo transmitidos às gerações futuras. Além disso, o documento reforça a gravidade desses riscos, alertando para uma potencial crise de saúde global devido à disseminação de radionuclídeos na atmosfera, resultado dos testes nucleares realizados durante o auge da corrida armamentista.

A década de 1960 foi marcada pela intensificação das preocupações com os efeitos da radiação atômica, impulsionadas pela escalada das tensões da Guerra Fria. Entre 1960 e 1970, mais de 500 bombas nucleares foram detonadas, liberando radionuclídeos que resultaram em precipitação radioativa local e global, com impactos duradouros na saúde humana e no meio ambiente. Estudos estimam que os testes nucleares tenham causado 49.000 casos adicionais de câncer de tireoide nos EUA e cerca de 11.000 mortes relacionadas a outros tipos de câncer em nível global (BOUVILLE, 2020).

Um marco importante dessa década foi a criação do Tratado de Proibição Parcial de Testes Nucleares de 1963, que representou um passo significativo em direção ao desarmamento nuclear, proibindo testes nucleares na atmosfera, no espaço sideral e subaquático. O documento, apesar de ter eficácia limitada, abriu o caminho para acordos subsequentes, como o TNP, assinado em 1968, que visava controlar armas nucleares, promover o uso pacífico da tecnologia nuclear e alcançar o desarmamento nuclear. O TNP, negociado entre 1965-1968, promoveu uma mudança na percepção geral do uso de armas nucleares, transformando o desenvolvimento de bombas de destruição em massa de uma fonte de orgulho nacional para uma violação do direito internacional (BOURANTONIS, 1997)

O documento *"Effects of Atomic Radiation"* de 1971 (Resolução 2773 (XXVI)) reflete a crescente preocupação com os impactos duradouros da exposição à radiação na saúde humana. A resolução dedica um parágrafo específico à discussão sobre o aumento da incidência de câncer, ressaltando a influência das mutações genéticas induzidas pela radiação. Além disso, aborda os efeitos na resposta imunológica, destacando a diminuição da capacidade do organismo de combater infecções e doenças. O texto também menciona as disfunções sistêmicas, como a imunossupressão e o surgimento de condições autoimunes, que aumentam a vulnerabilidade a doenças secundárias. Esses apontamentos reforçam a

preocupação com a ampliação das pesquisas sobre os riscos biológicos da radiação e de um monitoramento mais rigoroso, visando à adoção de medidas de proteção à saúde pública e à mitigação das consequências da exposição em longo prazo.

A preocupação com a cessação dos testes nucleares permaneceu evidente ao longo da década de 1970, como evidencia a Resolução 3078 A (XXVIII), adotada em 1973, um documento de grande relevância com 27 conexões no cluster de efeitos da radiação. Intitulada "*Urgent Need for Suspension of Nuclear and Thermonuclear Tests*", a resolução tem como objetivo central reforçar o compromisso internacional com o desarmamento nuclear e assegurar a implementação dos acordos firmados em tratados anteriores, como o Tratado de Proibição Parcial de Testes Nucleares de 1963.

Apesar dos esforços diplomáticos, a realização de testes nucleares permaneceu intensa, impulsionada pela entrada de novos atores na corrida nuclear, como a China em 1964 e a Índia em 1974. Nesse contexto, a preocupação com o aumento dos níveis de contaminação radioativa global tornou-se um tema central nas discussões do período. O relatório referente à Resolução *Effects of Atomic Radiation* de 1974 (A/RES/3226 (XXIX)) evidencia essa questão ao destacar a posição do UNSCEAR sobre o aumento da radioatividade desde o último levantamento do comitê, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo e de medidas para mitigar os riscos à saúde pública e ao meio ambiente.

Os relatórios do UNSCEAR de 1975 e 1976, intitulados "*Effects of Atomic Radiation*" (resoluções 3410 (xxx) e 31/10, respectivamente), ampliaram o entendimento da exposição à radiação, abrangendo não apenas os isótopos radioativos liberados por armas nucleares, mas também fontes naturais, como o radônio e a radiação cósmica, além da radiação proveniente da fissão nuclear em reatores civis e militares, da exposição ocupacional e da irradiação médica. A inclusão dos efeitos genéticos e carcinogênicos reforçou o alerta sobre os riscos biológicos de longo prazo, como o aumento da incidência de câncer e a transmissão de mutações hereditárias.

O relatório do UNSCEAR de 1979 (resolução, 34/12) expandiu a análise apresentada nos relatórios de 1975 e 1976, ao expressar a intenção de incorporar novos elementos ao seu escopo de avaliação, como as exposições técnicas modificadas decorrentes de atividades humanas e a contaminação radioativa gerada pela produção de energia nuclear. Além de reforçar a análise sobre as fontes naturais de radiação e as explosões nucleares, o relatório

incluiu a avaliação detalhada das exposições médicas e ocupacionais, com foco na relação dose-resposta para cânceres induzidos por radiação. Outro aspecto distintivo foi a inclusão dos efeitos não-estocásticos, que envolvem danos agudos decorrentes de irradiação localizada e efeitos tardios resultantes da exposição corporal total.

No início da década de 1980, o discurso nuclear já estava profundamente enraizado na cultura da sociedade, acompanhado pelo temor de uma catástrofe provocada por uma guerra nuclear. A eleição de Ronald Reagan e o aumento das tensões entre Estados Unidos e União Soviética contribuíram para um ressurgimento da ansiedade nuclear. Embora a quantidade de testes nucleares, principalmente aqueles conduzidos pelas duas superpotências, tenha permanecido elevada, não alcançou a mesma intensidade observada no início da década de 1960.

Durante esse período, os relatórios do UNSCEAR não apresentaram mudanças significativas em sua estrutura ou abordagem, mesmo diante de eventos marcantes, como o acidente na usina de Chernobyl em 1986, um dos maiores desastres nucleares da história. Entretanto, a relativa estabilidade dos relatórios não reflete uma ausência de atividade no cluster. Pelo contrário, a década de 1980 registrou o maior número de publicações de documentos relacionados à temática nuclear, com muitos deles focados em questões de segurança, como a desnuclearização e a criação de zonas livres de armas nucleares. Essas discussões retomavam debates iniciados nos anos 1960, mas ganharam relevância renovada no contexto de intensificação das tensões globais e dos esforços internacionais para conter a proliferação nuclear.

Com o declínio da URSS e com a ascensão de Mikhail Gorbachev ao poder em 1985 o oriente aproximou-se do ocidente, o que resultou em um avanço rápido no avanço das negociações em torno de uma desnuclearização e em uma diminuição na quantidade de testes nucleares realizados pelas potências nucleares. Na década de 90, com o fim da União Soviética, houve uma redução drástica no número de testes nucleares ao ponto em que a partir de 1993 não tem-se mais registros de testes nucleares por parte de EUA e Rússia, apesar de outras potências como China, Índia e Paquistão e França continuam a realizar os seus testes.

Em 1996, o Tratado de Proibição Completa de Testes Nucleares (CTBT, resolução 50/245) foi adotado pela AGNU. O tratado proíbe todas as explosões nucleares, sejam elas para fins militares ou civis, e reforça o compromisso internacional com o desarmamento e a contenção do desenvolvimento de armas nucleares. Embora tenha sido assinado por mais de 180 países,

o CTBT ainda não entrou plenamente em vigor, devido à ausência de ratificação por nações-chave, como Estados Unidos, China, Índia, Paquistão e Coreia do Norte. A assinatura do tratado foi impulsionada por uma série de incidentes que aumentaram a pressão internacional, como os testes nucleares franceses no Pacífico e as explosões nucleares conduzidas por Índia e Paquistão nos anos subsequentes.

No final da década de 90, o número de documentos publicados no cluster começaram a diminuir drasticamente ao ponto que 95 todas as discussões em torno de desnuclearização que davam corpo a boa parte das discussões e documentos publicados no cluster desaparecem e um padrão é estabelecido onde a partir de então apenas reports do UNSCEAR sob o título de *effects of atomic radiation* são publicados na frequência de uma vez por ano.

Em 11 de Março de 2011 um terremoto de magnitude 9 atingiu a costa nordeste do Japão gerando um tsunami devastador que atingiu a usina nuclear de Fukushima resultando uma série de falhas nos sistemas de resfriamento dos reatores nucleares o que na fusão do núcleo e posteriormente na liberação de materiais radioativos para o meio ambiente. Em dezembro daquele mesmo ano é aprovada a resolução *Effects of Atomic Radiation (A/RES/66/70)* que reconhece a gravidade da tragédia de Fukushima e apoia as intenções e os planos do Comitê Científico na sua decisão de realizar uma avaliação completa dos níveis de exposição e dos riscos de radiação atribuíveis ao acidente. O documento é um dos mais influentes documentos que trata de questões relacionadas à saúde no cluster, possuindo 12 conexões no cluster.

É interessante observar que o acidente de Fukushima recebeu um tratamento detalhado nas resoluções da série "*Effects of Atomic Radiation*", ao contrário do ocorrido na década de 1980, quando o acidente de Chernobyl não foi mencionado diretamente nos documentos contemporâneos. Posteriormente, o UNSCEAR abordou amplamente o impacto de Chernobyl em relatórios subsequentes, como o UNSCEAR 2008 Report Vol. I, que realizou uma análise abrangente dos efeitos da radiação sobre a biota humana e não humana na região afetada, avaliando, entre outros aspectos, a incidência de câncer de tireoide em populações de Belarus, conhecidas como "crianças de Chernobyl" devido à sua vulnerabilidade na época do desastre.

O reconhecimento formal do impacto de Chernobyl nas resoluções da Assembleia Geral surge de forma clara apenas no relatório de 2017 (*Effects of Atomic Radiation, A/RES/72/76, 2017*), que destaca a importância da avaliação dos dados sobre o aumento de casos de câncer de tireoide nas áreas afetadas pelo acidente. Esse documento evidencia a preocupação renovada

da Assembleia com as consequências de longo prazo de Chernobyl, sinalizando um esforço mais robusto para incluir estudos epidemiológicos detalhados e fortalecer o monitoramento dos efeitos da radiação em populações expostas.

5 DISCUSSÃO

5.1 COMO A SAÚDE GLOBAL FOI DISCUTIDA NA AGNU?

A análise dos clusters revelou padrões evolutivos significativos na forma como a saúde global foi tratada na AGNU. Esses padrões refletem mudanças nas prioridades políticas, sociais e culturais globais ao longo das décadas, que impactaram diretamente a maneira como o organismo internacional passou a compreender e abordar as questões relacionadas à saúde. Além disso, ficou evidente que transformações institucionais, como a criação de novos comitês e órgãos subsidiários da AGNU, desempenham um papel central na reconfiguração das agendas de saúde dentro da Assembleia Geral.

Um exemplo claro desse impacto é observado no cluster dos efeitos da radiação atômica. O UNSCEAR assumiu um papel de destaque na história da discussão sobre os efeitos da radiação atômica após a dissolução da Comissão de Energia Atômica e da Comissão de Armamentos Convencionais. Essas duas comissões enfrentaram ineficiência e entraves negociais, o que levou à reestruturação institucional e ao redirecionamento da questão para o UNSCEAR, que consolidou sua atuação na elaboração de estudos científicos e relatórios regulares sobre o tema.

Outro exemplo marcante do impacto de mudanças institucionais está relacionado à criação do HRC em 2006. A estruturação do órgão trouxe uma transformação significativa na forma como questões de saúde e direitos humanos são tratadas no âmbito da ONU, esvaziando parcialmente a agenda da AGNU. O HRC passou a centralizar discussões abrangentes sobre saúde e direitos humanos, enquanto a AGNU manteve um foco mais restrito, concentrando-se em temas específicos, como o direito à saúde em contextos de privação de liberdade e a celebração do esporte como uma ferramenta para melhorar a saúde física e mental da população e promover a paz.

Esse contraste é evidente quando comparado a períodos anteriores, nos quais a AGNU desempenhava um papel central na formulação de tratados amplos e pioneiros, como a Convenção sobre os Direitos da Criança (*Convention on the Rights of the Child*), que

estabeleceu cláusulas detalhadas sobre o direito à saúde para grupos específicos. Durante a pandemia de COVID-19, quando surgiu a necessidade de resoluções que delineassem diretrizes para lidar com os direitos humanos em um contexto de crise global de saúde, foi o HRC, e não a AGNU, que aprovou as principais resoluções relacionadas ao tema, consolidando seu protagonismo no tratamento dessas questões no sistema ONU.

Os fatores históricos apontados pela literatura de Relações Internacionais como grandes modeladores da história da AGNU, tais como a Guerra Fria e o processo de descolonização (PETERSON, 2006), desempenharam um papel crucial na forma como as temáticas de saúde foram tratadas ao longo das décadas. Esses fatores históricos moldaram não apenas o contexto político, mas também as prioridades e abordagens da Assembleia Geral em relação à saúde global.

A influência da divisão Oriente-Occidente, característica da Guerra Fria, é particularmente evidente no cluster dos efeitos da radiação atômica. A análise da evolução temporal das resoluções nesse cluster demonstra que o ápice de publicações ocorreu justamente nos períodos de maior tensão geopolítica, quando as potências nucleares do Ocidente e do Oriente realizavam inúmeros testes nucleares anualmente. Esse contexto histórico não apenas impulsionou o debate sobre os impactos da radiação na saúde global, mas também influenciou diretamente a criação e o trabalho de órgãos como o UNSCEAR, que desempenhou um papel central na consolidação dessa agenda na AGNU.

Por outro lado, a divisão Norte-Sul torna-se evidente ao analisarmos o debate sobre como os sistemas de saúde em países em desenvolvimento podem obter os recursos necessários para enfrentar desafios estruturais, em contraste com os países do Norte, que dispõem de maior infraestrutura e capacidade para lidar, por exemplo, com o envelhecimento populacional. Esse tipo de discussão emergiu com força no cluster das pessoas idosas durante a década de 1990 e persiste como um dos pontos centrais das deliberações até a década de 2020. O debate sobre as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento tem sido um dos principais fatores de inflexão para o avanço da agenda relacionada às pessoas idosas e para a construção de um consenso em torno da necessidade de uma Convenção sobre os Direitos das Pessoas Idosas com caráter juridicamente vinculante.

As questões de saúde na AGNU seguem um caminho notavelmente distinto em relação a outros temas abordados pela Assembleia Geral. A história da saúde na ONU é marcada por

negociações e debates que ampliam continuamente o entendimento do conceito de saúde, tornando-o mais inclusivo, abrangente e holístico. Esse desenvolvimento busca atender às demandas específicas de grupos ou questões que exigem abordagens cada vez mais diferenciadas e detalhadas. Esse progresso pode ser compreendido por meio de uma categorização em três fases históricas principais, que conectam a evolução das questões de saúde nos clusters da AGNU aos contextos culturais e políticos de cada época.

A primeira fase, que vai das décadas de 1940 a 1970, caracteriza-se por uma abordagem voltada à expansão e especificação dos princípios estabelecidos nas cartas fundadoras da ONU, como a Carta da ONU e a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nesse período, as questões de saúde estavam associadas à consolidação de direitos básicos e à resposta aos horrores da Segunda Guerra Mundial.

A segunda fase, de 1970 a 1990, marca a expansão da agenda de saúde para grupos específicos, como pessoas com deficiência (física ou mental), idosos, mulheres e crianças. Essa etapa reflete uma conscientização crescente sobre as necessidades particulares de populações vulneráveis e a incorporação de suas demandas às políticas de saúde globais.

A terceira fase, que se inicia nos anos 1990 e se estende até os dias atuais, é caracterizada pela transição para uma abordagem centrada no indivíduo e pela integração da saúde com a agenda do desenvolvimento sustentável. Nesse período, o conceito de saúde torna-se mais holístico, considerando o indivíduo em seu contexto social, ambiental e cultural, alinhado ao princípio de One Health, que reconhece a interdependência entre saúde humana, animal e ambiental.

Essas fases refletem, em grande medida, o próprio desenvolvimento histórico e cultural da ideia de saúde na sociedade e na comunidade científica. Contudo, nem todas as questões de saúde na Assembleia Geral podem ser enquadradas nessas três fases. O cluster de efeitos da radiação atômica, por exemplo, segue uma lógica distinta, diretamente conectada ao contexto histórico da corrida armamentista nuclear durante a Guerra Fria. Esse cluster reflete preocupações específicas com os riscos da radiação atômica em um período de tensões geopolíticas extremas, sendo amplamente influenciado pelas dinâmicas da disputa entre as potências ocidentais e orientais. Diferentemente de outros temas de saúde, sua relevância diminuiu significativamente no século XXI, tornando-o um exemplo claro de como certos temas de saúde na AGNU respondem a processos históricos específicos e não se alinham às fases gerais identificadas neste trabalho.

5.1.1 1946–1970: Dificuldades na implementação dos princípios das cartas fundamentais da ONU

No período inicial da ONU, a saúde global foi abordada como um elemento intrínseco dos direitos fundamentais, estabelecidos pela DUDH (1948) e pela Carta das Nações Unidas (1945). O Artigo 25 da Declaração Universal afirmava que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de garantir saúde e bem-estar para si e sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais essenciais. Além disso, assegurava proteção em situações de vulnerabilidade, como desemprego, doença, invalidez, viuvez e velhice.

A Carta da ONU, por sua vez, no Artigo 55, estabelecia que a promoção de relações pacíficas e amistosas entre as nações, fundamentadas na igualdade de direitos e na autodeterminação dos povos, dependia da solução de problemas internacionais de natureza econômica, social e sanitária. Esse artigo destacava a responsabilidade da ONU em fomentar o bem-estar global por meio da melhoria das condições de vida, do pleno emprego, do progresso socioeconômico e da cooperação internacional. A saúde e a resolução de questões sanitárias eram apresentadas como elementos fundamentais para alcançar estabilidade e progresso globais.

Esses dispositivos serviram como pilares para orientar as discussões sobre saúde na AGNU e no âmbito das suas agências especializadas, como a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Desde o início, ficou evidente a ênfase em direitos humanos e a estreita conexão entre saúde, bem-estar e desenvolvimento econômico, consolidando a saúde como uma prioridade transversal nas ações da ONU. Essa abordagem reflete a trajetória da saúde na Assembleia Geral, intrinsecamente ligada à história dos direitos humanos na ONU.

Do ponto de vista da saúde, os direitos humanos fornecem um conjunto de princípios fundamentais para estabelecer as obrigações dos Estados em relação à saúde e a outras dimensões do desenvolvimento humano. Eles oferecem uma base sólida para a análise e formulação de políticas e, ao menos em teoria, conferem um grau de exigibilidade aos compromissos assumidos pelos Estados. Tais compromissos abrangem tanto as ações voltadas para suas próprias populações quanto aquelas direcionadas à comunidade internacional,

reforçando a saúde como um direito humano essencial e uma responsabilidade compartilhada (GRUSKIN, 2007).

Em 1948, a Argentina apresentou à Assembleia Geral da ONU uma proposta para a criação de um documento que estabelecesse direitos universais voltados à proteção e dignidade das pessoas idosas (ver seção 4.4.2). Essa iniciativa foi formalizada em uma declaração proferida pelo Dr. Juan Atilio Bramuglia, então ministro das Relações Exteriores da Argentina no governo de Juan Perón, durante a sessão do Terceiro Comitê da Assembleia Geral (UNGA Statement, A/C.3/362).

Na declaração, Bramuglia fundamentou sua proposta nos princípios consagrados na Carta da ONU e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, enfatizando que a dignidade e os direitos fundamentais do ser humano, reafirmados por esses documentos, impunham aos Estados-Membros o compromisso de garantir justiça social e progresso econômico para todas as gerações, incluindo os idosos. Ele argumentou que a promoção da igualdade e dos direitos humanos fornecia uma base sólida para implementar medidas que assegurassem proteção social e segurança a essa população vulnerável, especialmente diante do aumento das desigualdades e do abandono.

Esse esforço do Dr. Bramuglia ilustra como, nos primeiros anos da Assembleia Geral enquanto organismo, havia uma preocupação em expandir os princípios estabelecidos nas cartas fundadoras para legislações que tratassem de agendas específicas, como a proteção e dignidade das pessoas idosas. Contudo, como indicado pela análise do cluster sobre pessoas idosas (ver Figura 8), esse ímpeto inicial não se traduziu em uma produção contínua de documentos relevantes. Entre as décadas de 1950 e 1970, poucos avanços foram registrados nesses clusters, destacando uma limitação na consolidação de marcos normativos voltados a esse público (essa tendência contrasta, por exemplo, com a produção relativa ao cluster sobre os efeitos da radiação atômica, que seguiu uma lógica distinta e será discutido posteriormente).

Conforme apontado por Tarantola (2008), apesar da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 ter destacado a indivisibilidade e a interdependência de todos os direitos humanos, a tradução desses princípios aspiracionais em obrigações legais enfrentou obstáculos significativos, sendo formalizada apenas em 1966, com a adoção dos Pactos Internacionais: o PIDCP, que aborda direitos civis e políticos, e o PIDESC, que contempla os

direitos econômicos, sociais e culturais. O direito ao mais alto padrão de saúde foi incorporado ao PIDESC, mas sua realização foi condicionada ao cumprimento de outros direitos, refletindo as tensões políticas da Guerra Fria. Enquanto os direitos civis e políticos adquiriram maior justicabilidade, os direitos econômicos, sociais e culturais, incluindo a saúde, foram relegados a um status mais aspiracional, muitas vezes dependente de recursos financeiros e infraestrutura.

Esse caráter aspiracional do direito à saúde, reconhecido no PIDESC, ajuda a explicar os desafios enfrentados pela AGNU para consolidar avanços significativos nessa área durante os primeiros anos da ONU. A análise dos clusters confirma que, nesse período inicial, a saúde foi frequentemente tratada de maneira periférica, mencionada em documentos focados em outras questões, muitas vezes nos preâmbulos que evocavam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Contudo, poucos tratados específicos foram elaborados para abordar de forma abrangente e sistemática as demandas globais de saúde. A falta de vontade política, agravada pelas divisões entre norte e sul global e pelas prioridades dominantes do contexto da Guerra Fria, limitou o alcance da saúde como um tema central na agenda da AGNU.

Essa primeira fase evidencia que, embora o direito à saúde tenha sido formalmente reconhecido como parte integrante do arcabouço internacional de direitos humanos, sua concretização enfrentou desafios profundamente enraizados nas diferenças estruturais entre os Estados e na ausência de um compromisso político global robusto para posicionar a saúde como uma prioridade universal.

O histórico limitado de marcos significativos relacionados à saúde na AGNU durante esse período reflete tanto as dificuldades práticas de implementação quanto a posição periférica que o tema ocupou em um cenário político dominado por outras prioridades globais. A formalização dos direitos humanos nos Pactos de 1966 trouxe maior definição aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais; contudo, a implementação dos últimos, incluindo o direito à saúde, permaneceu restrita a uma esfera juridicamente mais frágil e aspiracional.

5.1.2 1970–1990: Expansão da agenda de saúde para agendas específicas.

Nas décadas de 1960 e 1970, em meio à Guerra Fria, a atenção internacional voltou-se cada vez mais para os desafios de saúde enfrentados pelos países em desenvolvimento, que não eram adequadamente atendidos pelos programas e serviços tradicionais focados apenas na medicina (TEJADA, 2003). No início da década de 1970, abordagens apropriadas para a saúde em contextos de recursos limitados começaram a ser discutidas em diversos círculos. A partir disso, o conceito de atenção primária à saúde (APS) emergiu no cenário internacional, com o objetivo de alcançar as comunidades mais carentes e vulneráveis, oferecendo um conjunto de intervenções que poderiam ser implementadas com a participação ativa de agentes comunitários de saúde e das próprias comunidades (LITSIOS, 2004; TARANTOLA, 2008).

Além disso, os movimentos por direitos civis, especialmente nos países do Norte durante as décadas de 1960 e 1970, desempenharam um papel crucial ao impulsionar uma nova forma de pensar, com maior atenção e cuidado voltados a grupos minoritários. Esse contexto certamente contribuiu para a expansão da agenda de direitos humanos no cenário internacional. Foi também durante a década de 1970 que se observou um aumento significativo na produção de resoluções nos clusters de Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas, todos avançando quase que simultaneamente, refletindo essa mudança de paradigma e a priorização de temáticas ligadas à inclusão de minorias e equidade.

Pode-se afirmar que, nesta fase, os artigos presentes na Carta da ONU e DUDH começaram a ser efetivamente implementados para atender às necessidades de grupos específicos. Esse período foi marcado pela inclusão de temas como saúde materna e infantil, acesso equitativo a serviços de saúde e prevenção de doenças em populações marginalizadas. Documentos importantes como a *Declaration on the Rights of Disabled Persons* (1975) e a *Question of the Elderly and the Aged* (1973) ilustram esse avanço.

Um marco significativo para a agenda de saúde na ONU na década de 1970 foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978 e organizada pela OMS. Pela primeira vez, o evento reuniu atores estatais e não estatais (exceto entidades comerciais) com o objetivo de redefinir a agenda internacional de saúde. Essa conferência representou um ponto de inflexão importante no final da década de 1970,

consolidando diretrizes que impulsionaram políticas globais de saúde. A Declaração de Alma-Ata proclamou que a saúde é "um direito humano fundamental e que a conquista do mais alto nível possível de saúde é um dos objetivos sociais mais importantes em escala mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde" (WHO, 1978).

O slogan da Alma-Ata, "Saúde para Todos até o Ano 2000", representou um chamado inspirador para profissionais de saúde e ativistas progressistas em todo o mundo (BAUM, 2007). O conceito de "cuidados primários de saúde" desempenhou um papel essencial na melhoria dos sistemas de saúde de diversos países. Apesar de seu significado ter sido interpretado de diferentes maneiras ao longo do tempo, o ideal de cuidados primários de saúde abrangentes continua a ser uma fonte de motivação para profissionais que buscam promover sistemas de saúde mais centrados nas pessoas, responsivos às necessidades da população, eficazes e eficientes, adaptados às suas comunidades e países (BAUM, 2007).

O espírito de Alma-Ata serviu como catalisador para a realização dos primeiros planos de ação e eventos globais voltados à promoção dessas agendas, como a World Assembly on Ageing, em 1982, e a Decade of Disabled Persons, iniciada em 1981. Esses marcos refletem o esforço em integrar políticas globais de saúde com questões sociais emergentes. No entanto, esse período também foi marcado por debates e divergências sobre a necessidade de novos tratados, com argumentos de que os instrumentos normativos existentes seriam suficientes. Essas discussões evidenciam as resistências enfrentadas para introduzir inovações normativas no cenário internacional (ver seção 4.1.2).

Muitos dos tratados que serviram como ponto de partida para a construção de uma agenda jurídica mais sólida em torno desses temas foram criados durante esse período. Exemplos notáveis incluem o *Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento* (1982) e a *Convenção sobre os Direitos da Criança* (*Convention on the Rights of the Child*), que evidenciaram uma preocupação inicial com a integração de políticas de saúde em agendas mais amplas de proteção social. Esses documentos refletiram um esforço pioneiro para alinhar as necessidades de saúde com iniciativas de justiça social, consolidando a saúde como um elemento essencial em estratégias de proteção e inclusão.

5.1.3 1990 até os dias atuais: Saúde centrada no indivíduo e desenvolvimento sustentável.

Ao final da Guerra Fria, a maioria dos mecanismos necessários já estava estabelecida, e compromissos significativos haviam sido assumidos para concretizar os direitos humanos e a nova agenda internacional de saúde (TARANTOLA, 2008). Exemplos emblemáticos dessa convergência incluem campanhas voltadas à saúde mental, saúde reprodutiva, ações humanitárias em emergências e movimentos contra a tortura e a guerra nuclear. A mudança geopolítica que o mundo vivenciava naquele momento trouxe não apenas novas oportunidades, mas também desafios para a consolidação dos direitos humanos e a promoção da saúde global (TARANTOLA, 2008). A partir da década de 1990, a saúde global passou a ser tratada de forma ainda mais abrangente e integrada, com um foco crescente na inclusão de minorias, no enfrentamento das desigualdades entre países e na promoção do desenvolvimento sustentável, refletindo uma abordagem mais holística e interconectada de saúde.

Essa fase marcou a consolidação do conceito de saúde como um direito humano universal e ampliou a agenda para incluir temas como HIV/AIDS, mudanças climáticas e a abordagem "*One Health*", que reconhece a interconexão entre a saúde humana, animal e ambiental. Os ODM, lançados em 2000, e posteriormente os ODS, estabelecidos em 2015, foram marcos fundamentais nesse período. Ambos destacaram a saúde como uma prioridade global, com metas específicas voltadas para erradicar doenças, melhorar o acesso a serviços de saúde e garantir condições mais equitativas para todas as populações. Os ODS, em particular, reforçaram o compromisso global com o princípio de "não deixar ninguém para trás", promovendo a saúde como um componente estratégico para alcançar um desenvolvimento inclusivo e sustentável.

A saúde passou a ser compreendida como parte integrante de um contexto socioeconômico e cultural mais amplo, em uma perspectiva que não admite sua dissociação dessas dimensões. Esse período marcou uma mudança significativa de paradigma: tratar apenas os sintomas de uma problemática de saúde deixou de ser suficiente. O entendimento geral que emergiu foi o de abordar as causas estruturais e sistêmicas das questões de saúde, promovendo intervenções que atuassem nas raízes dos problemas, ao invés de tratar somente suas consequências.

Nesse contexto, a ideia de cuidado centrado nas pessoas, delineada na Declaração de Alma-Ata (1978), consolidou-se como um horizonte normativo essencial. Esse conceito reflete valores fundamentais como equidade e justiça social, destacando a necessidade de abordar as causas profundas da má saúde, integrar os cuidados primários com a saúde pública e adotar uma visão sistêmica dos sistemas de saúde. Além disso, sublinha a importância da "coesão social" e do papel do "capital social" na promoção do bem-estar coletivo, estabelecendo uma base ética e prática para intervenções mais abrangentes e inclusivas (DECAT et al., 2013).

O fim da Guerra Fria marcou um período de intensa globalização, caracterizado por um fluxo de mercadorias e pessoas sem precedentes na história. No campo da saúde, essa nova realidade trouxe uma demanda crescente por atenção a pandemias e endemias globais. A pandemia de HIV foi um dos marcos mais significativos desse contexto, especialmente no início da década de 1990. Embora o vírus tenha começado a se espalhar globalmente em meados da década de 1980, foi apenas no final dessa mesma década que a AGNU reconheceu formalmente a gravidade da crise, iniciando a produção de documentos específicos sobre o tema no âmbito do organismo internacional.

O HIV apresentou desafios que iam além da esfera médica, exigindo uma atenção especial às questões socioeconômicas e culturais. O preconceito e o estigma associados às populações marginalizadas, severamente afetadas pela epidemia, demandaram uma abordagem abrangente, capaz de considerar o contexto social e cultural em que essas populações estavam inseridas.

O estigma da AIDS muitas vezes esteve intrinsecamente ligado a outros estigmas, especialmente aqueles associados à homossexualidade, bissexualidade, promiscuidade, prostituição e uso de drogas intravenosas (SHARMA, 2012). Em todo o mundo, esse estigma se manifestou de diversas formas, como ostracismo, rejeição, discriminação e evasão de pessoas vivendo com HIV; realização de testes de HIV obrigatórios sem consentimento prévio ou proteção da confidencialidade; violência contra indivíduos infectados ou percebidos como infectados pelo HIV; e até mesmo quarentena compulsória de pessoas soropositivas (UNAIDS, 2024). Essas práticas reforçaram desigualdades sociais e sublinharam a necessidade de políticas inclusivas que combatessem o preconceito e promovessem a dignidade e os direitos humanos das pessoas afetadas.

A epidemia de AIDS foi um marco significativo para a fase de saúde centrada na pessoa na AGNU durante a década de 1990, impulsionando ações globais e o desenvolvimento de respostas estruturadas à crise. Um dos desdobramentos mais significativos desse período foi a realização da 26ª Sessão Especial da Assembleia Geral sobre HIV/AIDS, entre os dias 25 e 27 de junho de 2001, em Nova York. Durante essa sessão, foram estabelecidas metas concretas para combater a epidemia, baseadas nos objetivos previamente delineados em fóruns da ONU. Entre essas metas, destacava-se a decisão, acordada por cerca de 150 chefes de Estado e de Governo durante a Cúpula do Milênio da ONU, em setembro de 2000, de interromper e reverter a propagação do HIV/AIDS até 2015.

A Assembleia também apoiou a criação do Fundo Global de Saúde HIV/AIDS, projetado para financiar uma resposta urgente e ampliada à epidemia, com foco em uma abordagem integrada que englobasse prevenção, tratamento, cuidados e suporte. Adicionalmente, foi elaborada a *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, que reforçou a centralidade dos direitos humanos na resposta à pandemia, destacando a importância de ações globais fundamentadas na equidade, inclusão e respeito às populações mais vulneráveis. Essa resposta foi concebida a partir de uma abordagem integrada, abrangendo prevenção, cuidados, suporte e tratamento.

A ideia de desenvolvimento sustentável também foi um marco fundamental dessa fase. Ao analisar a evolução histórica do conceito de desenvolvimento sustentável e sua conexão com a saúde (ver seção 4.2.2), observa-se que foi na década de 1990 que ocorreu um aumento expressivo desse tipo de resolução na AGNU. A integração da saúde na agenda de desenvolvimento sustentável representou uma mudança paradigmática significativa, transitando do foco predominante dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, centrado na redução da pobreza, para um paradigma mais amplo de sustentabilidade social (HILL et al., 2014). Essa nova abordagem passou a reconhecer as relações bidirecionais entre saúde, meio ambiente e economia, destacando a necessidade de intervenções que abordassem os determinantes sociais e as desigualdades em saúde (CRESPO et al., 2020).

Os ODS consolidaram essa perspectiva, oferecendo uma oportunidade de concretizar o direito à saúde em sua acepção mais ampla, ultrapassando abordagens meramente biomédicas e incorporando a criação de ambientes promotores de saúde para todos (HAWKES & BUSE, 2016). Foi nesse período que novas agendas relacionadas à saúde entraram no escopo da AGNU, como, por exemplo, a melhoria da segurança viária, reconhecendo que os acidentes

de trânsito impõem uma sobrecarga significativa aos sistemas de saúde. Essas resoluções exemplificam como as questões de saúde começaram a ser percebidas de maneira mais holística, buscando não apenas tratar os sintomas, mas abordar as causas estruturais que os originam.

Uma síntese das ideias de saúde e desenvolvimento sustentável, bem como da saúde centrada na pessoa, características dessa terceira fase, é a abordagem conhecida como *One Health*, que já aparece em algumas resoluções da AGNU (ver seção 4.3.2). *One Health* propõe esforços colaborativos entre múltiplas disciplinas, atuando em níveis local, nacional e global, para alcançar saúde ideal para pessoas, animais e o meio ambiente. Essa abordagem rompe com a visão tradicional de saúde pública como um fenômeno exclusivamente humano, reconhecendo que a saúde é intrinsecamente conectada ao ambiente e às espécies que nele coexistem (RABINOWITZ, 2013).

Sob essa perspectiva, devido ao ambiente compartilhado e à fisiologia altamente conservada, humanos e animais não apenas são suscetíveis às mesmas doenças zoonóticas, mas também podem ser tratados com medicamentos estruturalmente similares ou até idênticos. Isso ressalta a necessidade de cautela no tratamento de doenças zoonóticas, especialmente no contexto da resistência antimicrobiana, um desafio crescente na saúde global. Embora ainda não seja um paradigma consolidado na AGNU, a ideia de *One Health* reflete os avanços mais recentes nas discussões sobre saúde dentro da organização e aponta para uma direção futura em que questões de saúde sejam tratadas de forma ainda mais integrada e interconectada.

5.1.4 Uma exceção: O cluster de efeitos da radiação atômica

Apesar da aplicabilidade geral das fases históricas aos clusters analisados, o cluster de efeitos da radiação atômica representa uma exceção. Esse cluster segue uma lógica distinta, moldada por eventos históricos específicos, como a corrida armamentista durante a Guerra Fria e acidentes nucleares, como os de Chernobyl (1986) e Fukushima (2011). Diferentemente dos outros clusters, que demonstram uma evolução contínua e transversal, o de radiação atômica apresenta um padrão reativo e temporalmente limitado. A partir dos anos 1990, observa-se um esvaziamento significativo desse cluster, alinhado à redução de testes nucleares e à estabilização das discussões sobre desarmamento.

Enquanto a maioria dos clusters acompanha a trajetória do desenvolvimento dos direitos humanos na Assembleia Geral, o cluster em questão parece seguir uma narrativa distinta, alinhada com a história de segurança e negociações pela paz durante o período da Guerra Fria. Isso evidencia que as questões de saúde na AGNU, embora geralmente conectadas a um eixo histórico mais amplo, também podem emergir como respostas a demandas específicas e contextos distintos.

Essa análise revela uma limitação importante na aplicação das fases históricas de forma uniforme a todos os clusters, mas, ao mesmo tempo, destaca a importância de considerar as particularidades de cada grupo temático. Compreender essas especificidades é essencial para integrar plenamente a diversidade das discussões de saúde no contexto mais amplo da saúde global na ONU.

Essas características particulares do cluster de efeitos da radiação atômica ionizante podem ser observadas diretamente na rede de citação de todas as resoluções da AGNU (ver Figura 3) já que o cluster de radiação está relativamente afastado do centro, tanto pela sua localização no passado quanto pela sua distância

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO.

5.2.1 O uso de análise de redes para estudar os temas de saúde na AGNU

A análise de redes demonstrou ser uma metodologia altamente eficaz para estudar a evolução histórica de uma temática em organizações internacionais, explorando redes de citação de documentos. Essa abordagem diferenciou-se das metodologias tradicionais de análise de conteúdo em corpos legislativos, oferecendo uma visão ampliada da estrutura política e das interações entre diferentes temas (CARLEY, 1990; HARWOOD, 2003; PRIOR, 2014). Por meio dessa técnica, foi possível compreender como discussões se interligam, como certos temas emergem e como eles evoluem ao longo do tempo, fornecendo uma perspectiva mais dinâmica e relacional.

Ao aplicar a análise de redes de citação às documentações da AGNU, foi possível incorporar uma dimensão estrutural inédita às análises tradicionais de conteúdo. Essa perspectiva revelou como a configuração institucional e as interações entre documentos moldam a evolução de discussões e influenciam a forma como elas são tratadas ao longo do tempo. É fundamental reconhecer que a estrutura de uma discussão na AGNU vai além dos aspectos puramente burocráticos.

Apesar de formalmente organizada em comitês e plenário, as resoluções de um cluster temático muitas vezes têm origens diversas, envolvendo múltiplos comitês. Elas se conectam mais fortemente pelas temáticas que abordam e pelas relações construídas através de citações a outras resoluções do que por seu comitê de origem. Somente a análise de redes combinada com a detecção de clusters é capaz de capturar essa estrutura complexa e relacional de uma discussão temática, oferecendo uma visão abrangente e detalhada da dinâmica interna da AGNU.

As conexões entre os nós das redes permitem mapear e identificar cadeias de fundamentação normativa, nas quais um documento se baseia em outros, que, por sua vez, também recorrem a documentos anteriores, formando uma sequência histórica. Essa estrutura frequentemente revela conexões não intuitivas, onde documentos de temáticas aparentemente distintas estão interligados por uma base jurídica comum. Além disso, essas cadeias normativas possibilitam compreender as origens de uma discussão, identificando se ela foi inicialmente parte ou esteve vinculada a um debate mais amplo em determinado período histórico. Muitas vezes, essas discussões evoluem, ganhando especificidade suficiente para se consolidarem como um cluster temático autônomo.

As medidas de centralidade dos nós são ferramentas indispensáveis para identificar a influência jurídica de documentos em uma rede de citação. Um documento com alta centralidade em relação aos seus pares deve ser considerado como uma peça fundamental que forneceu a base jurídica para diversos outros documentos, merecendo atenção especial por parte do pesquisador. A centralidade permite ao analista de relações internacionais explorar uma rede complexa de citações e destacar, de maneira eficiente, os nós que desempenham papéis centrais na estrutura da rede. Examinar os documentos mais centrais em uma rede de citação oferece insights valiosos sobre a trajetória histórica da própria rede, revelando como ela se desenvolveu em torno de resoluções particularmente influentes e orientou a evolução de discussões temáticas dentro do organismo internacional.

5.2.2 A estrutura dos clusters

Como mencionado anteriormente, a aplicação de algoritmos de clusterização à rede de citações das resoluções da AGNU revelou a estrutura subjacente de diversas discussões temáticas dentro da ONU. Essa abordagem permitiu observar como essas temáticas evoluem ao longo do tempo, muitas vezes transcendendo a estrutura burocrática formal da organização. A análise também evidenciou como os documentos de diferentes clusters se conectam por meio de citações, criando uma base jurídica e temática que reforça a continuidade e a interdependência das discussões.

Além disso, a análise revelou uma distinção clara entre dois tipos de clusters: clusters grandes, que abrangem temas amplos e estruturantes dentro da agenda da AGNU, e clusters pequenos, que tratam de discussões mais específicas. Nos clusters analisados, os clusters grandes incluem Direitos Humanos e Desenvolvimento Sustentável, enquanto os clusters pequenos contemplam tópicos como Pessoas Idosas, Pessoas com Deficiência e Efeitos da Radiação Atômica. Embora este estudo tenha focado nos clusters mais relevantes para a saúde, outras discussões na Assembleia Geral também podem ser classificadas nessas categorias, como apontado no trabalho de Pires e Mesquita (2024), que explora a dinâmica e a interação entre diversos clusters temáticos ao longo da história da AGNU.

Os clusters grandes estão associados a temas estruturais e fundamentais para a agenda global da AGNU. Atualmente, tópicos como desenvolvimento sustentável e direitos humanos, especialmente o primeiro, representam uma parte significativa do propósito da organização. Além disso, esses clusters frequentemente atuam como eixos centrais da rede, absorvendo discussões mais específicas. Por exemplo, o cluster pequeno sobre pessoas com deficiência pode, dependendo da rodada do algoritmo de clusterização, ser incorporado ao cluster grande de direitos humanos. Da mesma forma, a discussão sobre segurança nas estradas, inicialmente pertencente ao cluster grande de desenvolvimento sustentável, pode eventualmente se desmembrar e formar um cluster pequeno independente, dependendo da configuração algorítmica.

Uma característica central dos clusters grandes é sua capacidade de agregar discussões menores. Esse fenômeno é amplamente influenciado por documentos centrais da ONU, que ocupam posições estruturais na rede de citações e servem como referência para diversos

debates. Esses documentos desempenham um papel decisivo na formação e consolidação dos clusters grandes, permitindo que clusters pequenos sejam incorporados a eles. Além disso, outra característica marcante dos clusters grandes é sua estabilidade ao longo de múltiplas rodadas do algoritmo de clusterização. Eles permanecem constantes e sempre presentes, refletindo sua relevância estrutural e temática dentro da rede de discussões da AGNU.

Os clusters pequenos, por outro lado, abordam questões mais específicas e menos abrangentes do que os clusters grandes. Geralmente, tratam de pautas bem delimitadas, criadas para responder a demandas concretas. Essas discussões frequentemente estão relacionadas a necessidades de grupos sociais minoritários, à formulação de políticas públicas voltadas para setores específicos, à solução de problemas sanitários ou de segurança internacional, ou ao avanço de legislações internacionais ainda em desenvolvimento. Além disso, os clusters pequenos muitas vezes estão vinculados às atividades de comissões ou agências especializadas dentro da ONU, como o UNSCEAR, que produz relatórios técnicos que alimentam essas discussões.

Os clusters pequenos tendem a apresentar menor estabilidade em comparação aos clusters grandes. Em diferentes rodadas do algoritmo de clusterização, eles podem ser absorvidos por clusters maiores ou fragmentados em subgrupos ainda mais específicos. Além disso, grandes tratados da ONU raramente estão diretamente associados a esses clusters, ainda que possam ter relação com a temática central do grupo. Outra característica relevante dos clusters pequenos é sua distribuição mais homogênea dentro da rede, ou seja, sua importância relativa tende a ser mais equilibrada, sem a variação acentuada de influência observada nos clusters grandes. Isso reflete sua natureza mais especializada e menos estruturante dentro do conjunto das resoluções da AGNU.

5.2.3 Limitações metodológicas

A utilização de um dicionário de palavras-chave para identificar documentos relacionados à saúde demonstrou ser uma estratégia eficiente para localizar discussões pertinentes com maior rapidez. Contudo, a variável dummy, embora facilite a análise, apresenta limitações. Ela tende a considerar como "*health docs*" documentos que apenas mencionam termos-chave em seus

preâmbulos, o que pode resultar na inclusão de documentos menos relevantes para compreender o avanço efetivo das discussões de saúde na Assembleia Geral.

Da mesma forma, alguns documentos relevantes para a análise, em casos excepcionais, não foram classificados como "*health docs*", pois não continham nenhuma das palavras do dicionário em seu texto. Esse fenômeno ocorreu principalmente no cluster de PCD, onde algumas resoluções, embora claramente relacionadas à temática, não apresentavam explicitamente os termos-chave em seu corpus.

O fato de que o dicionário não pôde ser submetido a uma validação mais rigorosa devido a restrições de tempo contribuiu para que esse tipo de anomalia aparecesse. No entanto, a falta da validação extensiva não comprometeu a aplicabilidade do dicionário e permitiu encontrar, com confiabilidade, as resoluções de saúde dentro dos clusters.

A análise de redes ajudou a mitigar muitas dessas limitações do dicionário ao destacar documentos com base em sua centralidade dentro da estrutura de citações. No entanto, nos clusters grandes, onde a amplitude temática é maior, alguns documentos de saúde podem ter passado despercebidos, evidenciando uma limitação inerente à abordagem baseada exclusivamente em palavras-chave.

Além disso, a escolha de analisar apenas cinco clusters apresenta um recorte da realidade da AGNU, o que pode excluir temas importantes relacionados à saúde que se desenvolveram em clusters não considerados na análise.

O algoritmo de clusterização demonstrou eficiência no processamento de grandes volumes de informações, organizando as conexões entre arestas e nós no grafo. No entanto, revelou-se instável em algumas situações, com diferentes rodadas do algoritmo gerando cenários e clusters distintos. Essa variabilidade destaca a necessidade de cautela ao interpretar os resultados e de complementar a análise com outras metodologias.

Por fim, a centralidade como medida de importância ou influência de documentos dentro da rede provou ser eficaz, sobretudo na identificação de clusters grandes. No entanto, ela não deve ser considerada absoluta, já que documentos com poucas conexões podem, ainda assim, desempenhar um papel crucial na história das discussões de saúde na AGNU ou na trajetória histórica da própria AGNU. Esses casos específicos reforçam a necessidade de uma análise qualitativa para complementar as métricas quantitativas.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo inovou ao combinar análise de redes de citações, técnicas de clusterização e métodos qualitativos para oferecer uma avaliação abrangente sobre a evolução da agenda sanitária na AGNU. Essa abordagem permitiu uma compreensão estrutural-institucional das resoluções e de suas interconexões, além de revelar padrões históricos e temáticos relevantes para a governança global da saúde

A análise traz uma importante contribuição para a literatura sobre governança global da saúde ao demonstrar que a agenda sanitária na AGNU não apenas se desenvolve em estreita relação com a agenda de direitos humanos, mas também avança na construção de uma abordagem cada vez mais abrangente, inclusiva e holística da saúde.

Analisar a questão da saúde sob uma perspectiva histórica na AGNU, **por meio da combinação de técnicas de análise de redes e de texto**, permitiu explorar de forma abrangente a evolução da saúde global, ainda que delimitada pelos cinco clusters selecionados neste trabalho (PCD, Pessoas Idosas, Efeitos da Radiação Atômica, Direitos Humanos e Saúde, e Desenvolvimento Sustentável e Saúde).

O dicionário de palavras-chave classificou com êxito as resoluções que apresentam implicações ou discussões relacionadas à saúde, garantindo uma triagem precisa dos documentos relevantes. A análise de redes trouxe à tona a dimensão estrutural-institucional das discussões sobre saúde, permitindo uma compreensão mais aprofundada das conexões entre resoluções ao longo do tempo. A segmentação por clusters possibilitou a identificação de cinco principais temáticas associadas à saúde, que foram analisadas em profundidade, contribuindo para uma visão ampla da evolução da agenda sanitária na AGNU e de como suas diretrizes foram se consolidando ao longo dos anos.

A metodologia adotada permitiu não apenas explorar a evolução da saúde global na AGNU sob uma perspectiva histórica, mas também identificar com precisão as especificidades de cada cluster e sua trajetória ao longo do tempo. A combinação de técnicas qualitativas e computacionais possibilitou uma análise abrangente dos cinco clusters selecionados neste estudo (PCD, Pessoas Idosas, Efeitos da Radiação Atômica, Direitos Humanos e Saúde, e Desenvolvimento Sustentável e Saúde), evidenciando suas conexões e transformações dentro

da agenda da Assembleia. Além disso, a aplicação de métricas de rede, como a quantidade de nós e a centralidade, contribuiu para dimensionar as dinâmicas institucionais e burocráticas da AGNU, fornecendo uma visão estruturada das mudanças organizacionais que moldaram as discussões sobre saúde ao longo das décadas.

A análise de centralidade, em particular, permitiu identificar resoluções que assumiram maior relevância institucional, seja por sua citação frequente em outros documentos, seja por sua função como base jurídica para novas deliberações. Essa conexão entre documentos mais recentes e históricos revelou-se especialmente interessante, pois permitiu rastrear a origem de debates contemporâneos, frequentemente ancorados em discussões mais amplas do passado, até ganharem autonomia como agendas específicas. Essa abordagem histórica e estrutural forneceu uma visão mais detalhada e interconectada sobre a evolução das questões de saúde na AGNU.

A análise dos clusters temáticos relacionados às questões de saúde na AGNU permitiu entender a estrutura das discussões temáticas. Os clusters grandes englobam um grande volume de documentos interconectados e estão diretamente associados a temáticas centrais e estruturais da AGNU, como Direitos Humanos e Desenvolvimento Sustentável. Em contraste, os clusters pequenos incluem um número menor de documentos e concentram-se em questões mais específicas, como os clusters de PCD, Pessoas Idosas e Efeitos da Radiação Atômica.

O desenvolvimento histórico das questões de saúde na AGNU em direção a uma compreensão cada vez mais holística e inclusiva, refletiu esforços contínuos para abordar não apenas as necessidades de saúde individuais, mas também as demandas específicas de grupos vulneráveis, como mulheres, crianças, idosos, refugiados e pessoas com deficiência. Além disso, evidencia a crescente percepção de que a saúde do indivíduo está intrinsecamente conectada ao meio em que ele vive, não podendo ser dissociada das questões contemporâneas de saúde pública.

Nesse contexto, foi possível identificar três períodos históricos distintos na evolução das discussões sobre saúde na AGNU. A primeira fase (1940-1970) concentrou-se nos desafios para a consolidação dos princípios universais estabelecidos na Carta da ONU e na DUDH, enfrentando entraves políticos e dificuldades de negociação impostas pelo contexto da Guerra Fria. A segunda fase (1970-1990) marcou a ampliação da agenda de saúde, com foco na proteção de grupos específicos, como crianças, mulheres, idosos e pessoas com deficiência,

buscando responder às vulnerabilidades particulares dessas populações. Por fim, a terceira fase (1990 até os dias atuais) consolidou uma abordagem integrada e global da saúde, conectando-a a fatores ambientais, sociais e econômicos, com destaque para o desenvolvimento sustentável e para perspectivas como a ideia de One Health, que enfatiza a interdependência entre a saúde humana, animal e ambiental.

Embora essa tipologia ofereça uma estrutura útil para entender a evolução histórica das questões de saúde na AGNU, ela não se aplica de forma uniforme a todos os clusters temáticos analisados. O cluster dos efeitos da radiação atômica, por exemplo, segue uma dinâmica distinta, fortemente influenciada pela lógica da Guerra Fria e pela corrida armamentista nuclear, o que o distancia dos padrões gerais observados nas outras áreas de saúde.

Este estudo obteve êxito ao empregar uma técnica **em ascensão** nas Relações Internacionais para investigar a saúde na AGNU, destacando o potencial da análise de redes de citações como uma ferramenta metodológica robusta. Essa abordagem possibilitou não apenas mapear padrões históricos e identificar conexões institucionais, mas também compreender a evolução temática da saúde em consonância com conferências diplomáticas, eventos históricos e transformações culturais que moldaram o século XX e o início do século XXI.

Há, no entanto, amplo espaço para a expansão e aperfeiçoamento dessa metodologia. A incorporação de técnicas computacionais avançadas, como aprendizado de máquina supervisionado e não supervisionado, modelagem de tópicos e Processamento de Linguagem Natural (PLN), poderia melhorar significativamente a precisão e a capacidade analítica dos estudos futuros. Tais avanços possibilitariam, por exemplo, a identificação de padrões ainda mais complexos nas interações entre documentos, a análise semântica detalhada de resoluções e a detecção de tendências emergentes em agendas específicas.

Além disso, essa abordagem pode ser aplicada de forma transversal a outros temas relevantes da Assembleia Geral da ONU, como mudanças climáticas, segurança internacional e desenvolvimento econômico, ampliando sua utilidade para a academia e para a formulação de políticas. Fora da esfera da ONU, essa metodologia também pode ser adaptada para estudar a evolução de temas em outros organismos internacionais, como a OMC, a OMS e a UE, desde que possuam bibliotecas extensas e acessíveis de documentação.

Esse tipo de análise não apenas contribui para o avanço teórico-metodológico das Relações Internacionais, mas também oferece subsídios práticos para a compreensão das dinâmicas políticas e institucionais que moldam o debate global, reforçando sua relevância tanto acadêmica quanto prática.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, Kenneth W.; SNIDAL, Duncan. Why states act through formal international organizations. *Journal of conflict resolution*, v. 42, n. 1, p. 3-32, 1998.
- ALTER, K. J.; MEUNIER, S. The politics of regime complexity. *Perspectives on Politics*, 7(1), 13–24, 2009.
- ALESINA, Alberto; DOLLAR, David. Who gives foreign aid to whom and why?. *Journal of economic growth*, v. 5, p. 33-63, 2000.
- ARCHIBUGI, Daniele; HELD, David; KÖHLER, Martin. *Re-imagining political community: studies in cosmopolitan democracy*. Stanford University Press, 1998.
- ASSEMBLY, UN General. United Nations Development Decade: A Programme for International Economic Cooperation. A/RES/1710 (XVI), 1961.
- BAMBAS, Alexandra et al. *Health and human development in the new global economy*. Washington, DC: World Health Organization, 2000.
- BARNETT, Michael N.; FINNEMORE, Martha. The politics, power, and pathologies of international organizations. *International organization*, v. 53, n. 4, p. 699-732, 1999.
- BARNETT, Michael; FINNEMORE, Martha. *Rules for the World: International Organizations in Global Politics*. Cornell University Press, 2004.
- BASLER, Ernst. *Strategie des Fortschritts*. Verlag Huber, 1972.
- BAUM, Fran. Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration. *Social Medicine*, v. 2, n. 1, p. 34-41, 2007.
- BÉLAND, Daniel; ORENSTEIN, Mitchell A. International organizations as policy actors: An ideational approach. *Global social policy*, v. 13, n. 2, p. 125-143, 2013.

- BLONDEL, Vincent D. et al. Fast unfolding of communities in large networks. *Journal of statistical mechanics: theory and experiment*, v. 2008, n. 10, p. P10008, 2008.
- BOURANTONIS, Dimitris. The negotiation of the Non-Proliferation Treaty, 1965–1968: A note. *The International History Review*, v. 19, n. 2, p. 347-357, 1997.
- BOUVILLE, André. Fallout from nuclear weapons tests: environmental, health, political, and sociological considerations. *Health Physics*, v. 118, n. 4, p. 360-381, 2020.
- BROWN, Theodore M.; LADWIG, Susan. COVID-19, China, the World Health Organization, and the limits of international health diplomacy. *American Journal of Public Health*, v. 110, n. 8, p. 1149-1151, 2020.
- BURCI, Gian Luca. Health and infectious disease. 2018.
- CAMPBELL, A.; NYCUM, G. (2005). Harmonizing the international regulation of embryonic stem cell research.
- CARLEY, Kathleen. Content analysis. *The encyclopedia of language and linguistics*, v. 2, p. 725-730, 1990.
- CARR, E. H. *The Twenty Years' Crisis, 1919-1939: Reissued with a new preface from Michael Cox*. Palgrave Macmillan, 2016.
- CLAUDE JR, Inis L. Collective legitimization as a political function of the United Nations. *International organization*, v. 20, n. 3, p. 367-379, 1966.
- CMIEL, Kenneth. The Recent History of Human Rights. *American Historical Review*, v. 109, n. 1, 2004.
- CONRAD, Courtenay R.; MONROE, Nathan W. Legislative process in international organizations. *International Studies Review*, v. 23, n. 3, p. 605-615, 2021.
- DECAT, P.; GYSELINCK, K.; LEYNS, C.; MONTENEGRO, H.; CRIEL, B. Universal health coverage: yes, but coverage of what? The need for people-centered care. In: *8th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 5th Conference of the Scandinavian-Baltic Society for Parasitology*, 2013. *Tropical Medicine and International*

Health, v. 18, suppl. 1, p. 38-39.

DE JONG, Eileen; VIJGE, Marjanneke J. From Millennium to Sustainable Development Goals: Evolving discourses and their reflection in policy coherence for development. *Earth System Governance*, v. 7, p. 100087, 2021.

DOYLE, Michael W.; STIGLITZ, Joseph E. Eliminating extreme inequality: A sustainable development goal, 2015–2030. *Ethics & International Affairs*, v. 28, n. 1, p. 5-13, 2014.

DONNELLY, Jack. Recent trends in UN human rights activity: description and polemic. *International Organization*, v. 35, n. 4, p. 633-655, 1981.

DRUZIN, Bryan H. Why does soft law have any power anyway?. *Asian Journal of International Law*, v. 7, n. 2, p. 361-378, 2017.

EILSTRUP-SANGIOVANNI, Mette. Death of international organizations. The organizational ecology of intergovernmental organizations, 1815–2015. *The Review of International Organizations*, v. 15, n. 2, p. 339-370, 2020.

EMERSON, Eric et al. The health of disabled people and the social determinants of health. *Public health*, 2011

EMMONS, Scott et al. Analysis of network clustering algorithms and cluster quality metrics at scale. *PloS one*, v. 11, n. 7, p. e0159161, 2016.

FITZSIMMONS, Anthony. Forum Shopping: A Practitioner's Perspective. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, v. 31, p. 314-322, 2006.

FIORETOS, Orfeo. Historical institutionalism in international relations. *International Organization*, v. 65, n. 2, p. 367-399, 2011.

FORMAN, Lisa; OOMS, Gorik; BROLAN, Claire E. Rights language in the sustainable development agenda: Has right to health discourse and norms shaped health goals?. *International journal of health policy and management*, v. 4, n. 12, p. 799, 2015.

FRANKE, U. (2017). Inter-organizational relations: Five theoretical approaches.

GAUTHIER, D. T. Bacterial zoonoses of fishes: a review and appraisal of evidence for linkages between fish and human infections. *The Veterinary Journal*, v. 203, n. 1, p. 27-35, 2015.

GEHRING, Thomas; FAUDE, Benjamin. A theory of emerging order within institutional complexes: How competition among regulatory international institutions leads to institutional adaptation and division of labor. *The Review of International Organizations*, v. 9, p. 471-498, 2014.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Social determinants of health in the elderly. *Ciencia & saude coletiva*, v. 17, n. 1, p. 123, 2012.

GOLDHAGEN, Jeffrey et al. Thirtieth anniversary of the UN Convention on the Rights of the Child: advancing a child rights-based approach to child health and well-being. *BMJ paediatrics open*, v. 4, n. 1, 2020.

GÓMEZ, Eduardo J.; ATUN, Rifat. Emergence of multilateral proto-institutions in global health and new approaches to governance: analysis using path dependency and institutional theory. *Globalization and Health*, v. 9, p. 1-17, 2013.

GORMAN, Mark. Development and the rights of older people. In: *The ageing and development report*. Routledge, 2017. p. 3-21.

GOSTIN, Lawrence O.; FRIEDMAN, Eric A. The sustainable development goals: one-health in the world's development agenda. *JAMA*, v. 314, n. 24, p. 2621-2622, 2015.

GOSTIN, Lawrence O.; MOK, Emily A. Grand challenges in global health governance. *British medical bulletin*, v. 90, n. 1, p. 7-18, 2009.

GRANDJEAN, Martin. Complex structures and international organizations [Analisi e visualizzazioni delle reti in storia. L'esempio della cooperazione intellettuale della Società delle Nazioni]. *Memoria e Ricerca*, v. 25, n. 2, p. 371-393, 2017.

GRUBER, Lloyd. *Ruling the world: Power politics and the rise of supranational institutions*. Princeton University Press, 2000.

GRUSKIN, Sofia; MILLS, Edward J.; TARANTOLA, Daniel. History, principles, and

practice of health and human rights. *The Lancet*, v. 370, n. 9585, p. 449-455, 2007.

HAN, Barbara A.; KRAMER, Andrew M.; DRAKE, John M. Global patterns of zoonotic disease in mammals. *Trends in Parasitology*, v. 32, n. 7, p. 565-577, 2016.

HANRIEDER, Tine; ZÜRN, Michael. Reactive sequences in global health governance. International politics and institutions in time, p. 93-116, 2017

HARMAN, Sophie. *Global health governance*. Routledge, 2012.

HARMAN, Sophie. COVID-19, the UN, and dispersed global health security. *Ethics & International Affairs*, v. 34, n. 3, p. 373-378, 2020.

HARWOOD, Tracy G.; GARRY, Tony. An overview of content analysis. *The marketing review*, v. 3, n. 4, p. 479-498, 2003.

HECHT, Catherine. The shifting salience of democratic governance: Evidence from the United Nations General Assembly general debates. *Review of International Studies*, v. 42, n. 5, p. 915-938, 2016.

HIGGINS, Silvio Salej; RIBEIRO, Antonio Carlos Andrade. *Análise de redes em ciências sociais*. 2018.

HILL, Peter S. et al. How can health remain central post-2015 in a sustainable development paradigm?. *Globalization and health*, v. 10, p. 1-5, 2014.

HOLZSCHEITER, Anna; BAHR, Thuri; PANTZERHIELM, Laura. Emerging governance architectures in global health: Do metagovernance norms explain inter-organisational convergence?. 2016.

HOLZSCHEITER, Anna et al. Positioning among International Organizations: Shifting Centers of Gravity in Global Health Governance. *International Studies Quarterly*, v. 68, n. 2, p. sqae073, 2024.

HOOGE, Liesbet; MARKS, Gary. Delegation and pooling in international organizations. *The Review of International Organizations*, v. 10, p. 305-328, 2015.

HOSLI, Madeleine O. et al. Voting cohesion in the United Nations General Assembly: the

case of the European Union. In: *ECPR Fifth Pan-European Conference*, 2010.

HOWARD-JONES, Norman et al. The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938. 1975.

HURD, Ian. *After anarchy: legitimacy and power in the United Nations Security Council*. Princeton University Press, 2008.

HURD, Ian. Theorizing International Organizations. *Choices and Methods in the Study of International Organizations. Journal of International Organizations Studies*, v. 2, n. 2, p. 7-22, 2011.

JAIN, Devaki. *Women, development, and the UN: A sixty-year quest for equality and justice*. Indiana University Press, 2005.

JIN, Jiyong. *International regimes in global health governance*. Routledge, 2021.

KEOHANE, Robert O. *After hegemony: Cooperation and discord in the world political economy*. Princeton university press, 2005.

KEOHANE, Robert Owen; NYE, Joseph S. *Power and interdependence; world politics in transition*. 1977.

KIM, Rakhyun E. Is global governance fragmented, polycentric, or complex? The state of the art of the network approach. *International Studies Review*, v. 22, n. 4, p. 903-931, 2020.

KINSELLA, Kevin G.; PHILLIPS, David R. *Global aging: The challenge of success*. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005.

KULLAA, Rinna. The European parliament and the UK parliament: A relationship in foreign policy. *Parliamentary history*, v. 35, n. 1, p. 67-79, 2016.

KUZNETSOVA, Lidia. Covid-19: The world community expects the World Health Organization to play a stronger leadership and coordination role in pandemics control. *Frontiers in Public Health*, v. 8, p. 470, 2020.

LEE, Kelley. Civil society organizations and the functions of global health governance: what

role within intergovernmental organizations?. *Global health governance: the scholarly journal for the new health security paradigm*, v. 3, n. 2, p. 1-10, 2010.

LEE, Kelley et al. Who should be doing what in international health: a confusion of mandates in the United Nations?. *BMJ*, v. 312, n. 7026, p. 302-307, 1996.

LEE, Kelley et al. Global governance for health. *Globalization and Health*, p. 311-338, 2009.

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

LENZ, Tobias et al. Patterns of international organization. Task specific vs. general purpose. *Task Specific vs. General Purpose (December 2014). Robert Schuman Centre for Advanced Studies Research Paper No. RSCAS*, v. 128, 2014.

LITSIOS, Socrates. The Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's primary health care approach. *American journal of public health*, v. 94, n. 11, p. 1884-1893, 2004.

LO YUK-PING, Catherine; THOMAS, Nicholas. How is health a security issue? Politics, responses and issues. *Health Policy and planning*, v. 25, n. 6, p. 447-453, 2010.

MARGULIS, Matias E. Negotiating from the margins: how the UN shapes the rules of the WTO. *Review of international political economy*, v. 25, n. 3, p. 364-391, 2018.

MARKEL, Howard. Worldly approaches to global health: 1851 to the present. *Public Health*, v. 128, n. 2, p. 124-128, 2014.

MARTIN, Lisa L.; SIMMONS, Beth A. Theories and empirical studies of international institutions. *International organization*, v. 52, n. 4, p. 729-757, 1998.

MARTIN, Shane; SAALFELD, Thomas; STRØM, Kaare (Ed.). *The Oxford handbook of legislative studies*. Oxford University Press, USA, 2014.

MCINNIS, Colin et al. *The transformation of global health governance*. Springer, 2014.

MEADOWS, Donella H. et al. *The limits to growth-club of rome*. 1972.

MEARSHEIMER, John J. The false promise of international institutions. In: *International organization*. Routledge, 2017. p. 237-282.

MÉGRET, Frédéric; HOFFMANN, Florian. The UN as a human rights violator? Some reflections on the United Nations changing human rights responsibilities. *Human Rights Quarterly*, v. 25, n. 2, p. 314-342, 2003.

MESQUITA, Rafael. The Road Most Traveled By: Three Hypotheses about Influential Norms at the United Nations General Assembly Identified by Main Path Analysis. *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*, v. 29, n. 4, p. 536-560, 2023.

MESQUITA, Rafael; PIRES, Antonio. Jurisprudence in hard and soft law output of international organizations: a network analysis of the use of precedent in UN Security Council and general assembly resolutions. *Artificial Intelligence and Law*, p. 1-30, 2024.

MESQUITA, Rafael; PIRES, Antonio. The references of the nations: Introducing a corpus of United Nations General Assembly resolutions since 1946 and their citation network. *Journal of Peace Research*, p. 00223433241254997, 2024.

MESQUITA, Rafael; PIRES, Antonio. 2024, "UN General Assembly Resolutions Text", <https://doi.org/10.7910/DVN/WSWMMP>, Harvard Dataverse, V1, UNF:6:JL3mHYBFY9NL48ynGAwQCQ== [fileUNF]

MITCHAM, Carl. The concept of sustainable development: its origins and ambivalence. *Technology in society*, v. 17, n. 3, p. 311-326, 1995.

MORGENTHAU, Hans J. *Politics among nations*. 1973.

MURPHY, C. N.; KELLOW, A. (2013). *Exploring the concept of forum shopping in global governance*.

MURPHY, Hannah; KELLOW, Aynsley. Forum shopping in global governance: understanding states, business and NGOs in multiple arenas. *Global Policy*, v. 4, n. 2, p. 139-149, 2013.

NEYSMITH, Sheila; EDWARDH, Joey. Ideological underpinnings of the world assembly on

aging. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, v. 2, n. 3, p. 125-136, 1983.

NEWMAN, Mark. *Networks*. Oxford university press, 2018.

NEWMAN, Mark EJ; GIRVAN, Michelle. Finding and evaluating community structure in networks. *Physical review E*, v. 69, n. 2, p. 026113, 2004.

NOGALES CRESPO, K. A.; ABRANTES, A.; DIAS, S. A new public health agenda for Europe: health under a sustainable development framework. *European Journal of Public Health*, v. 30, n. Supplement_5, p. ckaa165. 1180, 2020.

OOMS, Gorik; HAMMONDS, Rachel. Global constitutionalism, applied to global health governance: uncovering legitimacy deficits and suggesting remedies. *Globalization and health*, v. 12, p. 1-14, 2016.

PACKARD, Randall M. “No other logical choice”: global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. *Parassitologia*, v. 40, n. 1-2, p. 217-229, 1998.

PANKE, Diana; HOHLSTEIN, Franziska; POLAT, Gurur. Designing international organizations for debate? A factor analysis. *International Politics*, v. 58, n. 6, p. 835-863, 2021.

PALAFOX, Neal A. et al. Health consequences and health systems response to the Pacific US Nuclear Weapons Testing Program. *Pac Health Dialog*, v. 14, n. 1, p. 170-178, 2007.

PATNAIK, Priti. The Future of Multilateralism in Global Health. *Geneva Health Files*, maio 2023.

Disponível em:
<https://genevahealthfiles.com/wp-content/uploads/2024/01/FEATURED-STORY-2-The-Future-of-Multilateralism-in-Global-Health-2-2.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2025.

PETERSON, M. J. *The UN general assembly*. Routledge, 2006.

PEVEHOUSE, Jon; NORDSTROM, Timothy; WARNKE, Kevin. The Correlates of War 2 international governmental organizations data version 2.0. *Conflict Management and Peace Science*, v. 21, n. 2, p. 101-119, 2004.

POLLACK, Mark. *The Engines of European Integration: Delegation, Agency, and Agenda Setting in the EU*. 2003.

PRATT, T. (2018). Deference and hierarchy in international regime complexes.

PRIOR, Lindsay. Content analysis. *The Oxford handbook of qualitative research*, p. 359-379, 2014.

RABINOWITZ, Peter; CONTI, Lisa. Links among human health, animal health, and ecosystem health. *Annual Review of Public Health*, v. 34, n. 1, p. 189-204, 2013.

RAHMAN, M. T. et al. Zoonotic diseases: etiology, impact, and control. *Microorganisms*, v. 8, n. 9, p. 1405, 2020.

RESOLUTION, O. N. U. 1.308: The responsibility of the Security Council in the maintenance of international peace and security: HIV/AIDS and international peacekeeping operations. *Security Council Resolutions*, 2000.

RITTBERGER, Volker et al. *International organization*. Bloomsbury Publishing, 2019.

RISSE, Thomas. "Let's argue!": communicative action in world politics. *International organization*, v. 54, n. 1, p. 1-39, 2000.

RODI, Paolo et al. Political rationale, aims, and outcomes of health-related high-level meetings and special sessions at the UN General Assembly: A policy research observational study. *PLoS medicine*, v. 19, n. 1, p. e1003873, 2022.

RUGER, Jennifer Prah. Global health justice and governance. *The American Journal of Bioethics*, v. 12, n. 12, p. 35-54, 2012.

RUGER, Jennifer Prah; YACH, Derek. The global role of the World Health Organization. *Global health governance: the scholarly journal for the new health security paradigm*, v. 2, n. 2, p. 1, 2009.

RUSHTON, Simon; YOUDE, Jeremy R. (Ed.). *Routledge handbook of global health security*. London: Routledge, 2015.

SACHS, Jeffrey D. *The age of sustainable development*. Columbia University Press, 2015.

SAGAN, Carl. *O mundo assombrado pelos demônios: a ciência vista como uma vela no escuro*. Tradução de Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SCHÖNFELD, Mirco et al. The UN Security Council debates 1995-2017. *arXiv preprint arXiv:1906.10969*, 2019.

SCHWELLER, Randall L.; PRIESS, David. A tale of two realisms: Expanding the institutions debate. *Mershon International Studies Review*, v. 41, n. Supplement_1, p. 1-32, 1997.

SELL, Susan K. TRIPS and the Access to Medicines Campaign. *Wis. Int'l LJ*, v. 20, p. 481, 2001.

SHARMA, A. K. *Population and society*. Concept Publishing Company, 2012.

SHIFFMAN, Jeremy. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?. *Health policy and planning*, v. 23, n. 2, p. 95-100, 2008.

SIDORENKO, Alexandre; WALKER, Alan. The Madrid International Plan of Action on Ageing: from conception to implementation. *Ageing & Society*, v. 24, n. 2, p. 147-165, 2004.

SMITH, Stephanie L.; SHIFFMAN, Jeremy. The politics of global health agenda setting. *The Oxford Handbook of Global Health Politics*, p. 325-45, 2018.

TALLBERG, Jonas. Delegation to supranational institutions: why, how, and with what consequences?. *West European Politics*, v. 25, n. 1, p. 23-46, 2002.

TARANTOLA, Daniel. A perspective on the history of health and human rights: from the Cold War to the Gold War. *Journal of Public Health Policy*, v. 29, p. 42-53, 2008.

TEJADA DE RIVERO, D. Alma-Ata revisited. *Perspectives in Health Magazine, Pan American Health Organization*, v. 8, n. 2, p. 3-7, 2003.

TERLINGEN, Yvonne. The Human Rights Council: A New Era in UN Human Rights Work?. *Ethics & International Affairs*, v. 21, n. 2, p. 167-178, 2007.

THACKER, Strom C. The high politics of IMF lending. *World politics*, v. 52, n. 1, p. 38-75, 1999.

THÉRIEN, Jean-Philippe; JOLY, Philippe. "All human rights for all": The United Nations and human rights in the post-cold war era. *Human Rights Quarterly*, v. 36, n. 2, p. 373-396, 2014.

TSEBELIS, G. *Nested games. Rational choice in comparative politics*. Berkeley: University of California Press, 1990.

UNAIDS. The urgency of now: AIDS at a crossroads. 2024.

VOETEN, Erik. Clashes in the Assembly. *International organization*, v. 54, n. 2, p. 185-215, 2000.

VILLELA, Priscila. O tema das drogas na agenda internacional do Brasil: a definição de uma nova ameaça à segurança nacional na década de 1990. *Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD*, v. 9, n. 17, p. 235-272, 2020.

VON BENDA-BECKMANN, Keebet. Forum shopping and shopping forums: Dispute processing in a Minangkabau village in West Sumatra. *The Journal of legal pluralism and unofficial law*, v. 13, n. 19, p. 117-159, 1981.

VON SCHIRNDING, Yasmin. The World Summit on Sustainable Development: reaffirming the centrality of health. *Globalization and Health*, v. 1, p. 1-6, 2005.

VOLGY, Thomas J. The Role of the "Outsider" in Quasi-Legislative Systems: The Potential Utility of a Legislative Model. *International Organization*, v. 27, n. 1, p. 85-98, 1973.

WALTZ, Kenneth Neal. *Conflict in world politics*. Winthrop Publishers, 1971.

WALTZ, Kenneth N. *Theory of international politics*. Reading/Addison-Wesley, 1979.

WARD, D. Road Safety and the Achievement of the Millennium Development Goals. In: *23RD PIARC WORLD ROAD CONGRESS PARIS, 17-21 SEPTEMBER 2007*. 2007.

WENDT, Alexander. Anarchy is what states make of it: the social construction of power

politics. *International organization*, v. 46, n. 2, p. 391-425, 1992.

WENDT, Alexander. Collective identity formation and the international state. *American political science review*, v. 88, n. 2, p. 384-396, 1994.

WERNLI, Didier et al. Emergent patterns in global health diplomacy: a network analysis of the resolutions adopted by the World Health Assembly from 1948 to 2022. *BMJ Global Health*, v. 8, n. 4, p. e011211, 2023.

WILLIAMS, Nigel. Malaria battle boost. *Current Biology*, v. 18, n. 20, p. R936-R937, 2008.

ZIARATI, Mina et al. Zoonotic diseases of fish and their prevention and control. *Veterinary Quarterly*, v. 42, n. 1, p. 95-118, 2022.

ZINSSTAG, Jakob et al. From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. *Preventive veterinary medicine*, v. 101, n. 3-4, p. 148-156, 2011.

ZÜRN, Michael; BINDER, Martin; ECKER-EHRHARDT, Matthias. International authority and its politicization. *International theory*, v. 4, n. 1, p. 69-106, 2012.