

ENTREVISTA COM ULYSSES PANISSET

ENTREVISTADOR

DAWISSON BELÉM LOPES

Professor do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ulysses Panisset é professor da Faculdade de Medicina da UFMG e membro do Comitê Científico para a Saúde Reprodutiva da Organização Mundial da Saúde (OMS) – já em seu segundo mandato. Dono de extensa carreira como médico sanitarista, docente, pesquisador e funcionário internacional, Panisset doutorou-se em Relações Internacionais por Johns Hopkins University, sendo também o autor de dezenas de artigos e de uma obra de referência sobre política externa, saúde pública e a construção de um sistema internacional de saúde, publicada nos Estados Unidos [International Health Statecraft: Foreign Policy and Public Health in Peru's Cholera Epidemic, University Press of America, 2000]. Ulysses presenteou-nos, na entrevista que se segue, com opiniões abalizadas e contundentes, calcadas em suas vivências e nos seus estudos internacionais, acerca das possibilidades e dos limites do projeto de “governança democrática global” nas organizações internacionais da saúde – nomeadamente, em OPAS e OMS.

DAWISSON BELÉM LOPES: Como começou o seu envolvimento com a área de Saúde Global?

ULYSSES PANISSET: Trata-se de uma vivência de quase 30 anos, e tudo começou de forma muito tentativa. Eu estava trabalhando no Brasil, no bairro Lindeia, em Belo



Horizonte – um bairro semioperário e semirrural – e já buscava algumas visões internacionais que ajudassem a entender a complexidade do tema da saúde. Havia muitas empresas multinacionais na região – FIAT, Mannesmann, Belgo Mineira. Procurava por umnexo internacional, algo que esclarecesse o impacto que essa presença das multinacionais tinha na saúde do trabalhador, das pessoas ao meu redor. Outro tema que sempre me instigou foi a relação entre saúde e paz.

DBL: Como você teve o primeiro contato com as organizações internacionais?

UP: Primeiramente, precisei convencer o CNPq [Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento] e a Faculdade de Medicina da UFMG de que havia interesse em se estudar a saúde do ponto de vista internacional. Durante a ditadura, a gente tinha restrição a literatura em geral, particularmente em tópicos de saúde comunitária, sistemas locais de saúde, etc. Porém, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) provia essas informações de que éramos carentes, e isso acabava sendo chancelado pelo regime militar. Dava-se acesso a coisas interessantes que vinham do Chile, do Peru, coisas que eram bem transformadoras para a reflexão sobre saúde no Brasil. Assim ocorreu o meu primeiro contato com a OPAS. Entre 1974 e 1975, quando houve uma reforma curricular na Faculdade de Medicina, da qual eu participei, como estudante, nós também procuramos na OPAS algum tipo de suporte. Assim, as coisas vinham tenuemente, via artigos de revista, notas de pesquisa etc. Havia até um funcionário da OPAS, o Sr. José Roberto Ferreira, hoje na Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), que nos fornecia materiais.

DBL: Alguns anos mais tarde, você se tornaria funcionário da Organização Pan-Americana de Saúde...

UP: Quando fui fazer o mestrado em estudos internacionais e latino-americanos, nos Estados Unidos, eu me aproximei da OPAS um pouco mais. Um colega, Cesar Augusto Vieira, convidou-me a fazer uma residência em saúde internacional, programa mantido pela OPAS. José Roberto [Ferreira] e Cesar [Vieira] propuseram que me inscrevesse nesse processo para residência. Entrei em 1987 no programa,



que era fantástico! Verba grande para viagens, compra de livros, além de uma bolsa de estudos. Trabalhávamos como se fôssemos funcionários da OPAS. Ficávamos em Washington, na Escola de Estudos Avançados de Johns Hopkins University, no coração do Dupont Circle.

DBL: Como foi essa vivência acadêmica?

UP: Um dos benefícios da SAIS (School of Advanced International Studies) era a sua capacidade de atrair personalidades. Vários presidentes vinham. Nosso paraninfo foi o presidente da Venezuela na época, o Carlos Andrés Pérez. O presidente russo *Boris Léltsin* também passou um dia na universidade, bem como o Lula, como candidato. Havia enorme proximidade com organismos internacionais – Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, OPAS etc. Na residência, eu viajei pela América Latina, e conheci bem a área de políticas de saúde na região. Fiz um Trabalho de Conclusão de Curso sobre o impacto da dívida externa na saúde do Brasil. Discutimos com Jeffrey Sachs, então professor de Harvard, e ele deu alguma substância a isso. Na época, Sachs, bem neoliberal, foi assessorar o governo da Bolívia. Propusemos um esquema de *debt swap*, em que os governos investiriam na saúde em troca do alívio da dívida. Assim que acabei o mestrado, fui contratado pela OPAS.

DBL: Em que consiste, exatamente, a OPAS?

UP: Ela tem um duplo pertencimento, sendo a oficina sanitária da Organização dos Estados Americanos (OEA) e o escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS). Isso é fundamental para entender a sua dinâmica. Quando interessa, é sistema americano. Quando interessa, é OMS. Bem: historicamente, a OPAS joga com isso. A OMS define-se como “uma só organização”, com uma só constituição, mas funciona como um consórcio de organizações com diretores eleitos regionalmente. A OPAS, parte desse consórcio, é a organização de saúde mais antiga que existe. Fundada em 1904, no auge da crise da febre amarela, como forma de reduzir o impacto que havia no comércio internacional. Brasil e Cuba eram



os grandes focos, inicialmente. Seus primeiros dois diretores foram oficiais da marinha estadunidense. A OPAS foi se desenvolvendo localmente, com a presença em cada um dos países-membros. Só no Caribe, a representação é de todas as nações-ilhas. Ela é ligada ao sistema pan-americano (OEA) e aos subsistemas latino-americanos – Caricom, Pacto Andino, Unasul. Logo, a Organização tem longa história e complexa racionalidade. Por isso, está sempre jogando com a contradição.

DBL: Quem estava à frente da OPAS no momento de sua admissão?

UP: Carlyle Guerra de Macedo era o diretor da OPAS. Era um estadista, uma grande pessoa, com valores humanos sólidos. Combinava o ser proveniente do Piauí, interiorano e meio arredio, mas com passagem pela CEPAL, em Santiago do Chile, e a abertura dos horizontes internacionais. Foi eleito por causa das Malvinas, pela posição assumida pelo Brasil, de apoio à Argentina, com o suporte maciço dos latino-americanos – excetuado o México. Era um progressista, mas foi bancado pelos militares, enquanto os norte-americanos apoiavam a Inglaterra. E tinha uma habilidade diplomática tremenda. No dia seguinte à sua vitória, estava tomando café com os seus opositores – EUA, Canadá e México – e buscando uma recomposição política...

DBL: Havia algum senso de “democracia” na governança da Organização?

UP: Cada país tem um voto na assembleia, mas os EUA arcam com a maior parte do orçamento – não sei hoje, chegou a ser 54% do orçamento. O acordo é que o vice-diretor e o diretor de finanças sejam americanos. Imagino que a tradição se mantenha. A influência do Departamento de Estado dos EUA é muito direta. O prédio da OPAS é do outro lado da rua do Departamento de Estado – que já tentou várias vezes tomar o prédio (risos). Já tentaram desalojar a OPAS várias vezes.

DBL: E como era o clima da Organização nos seus primeiros anos?



UP: Para você ter uma ideia, na semana em que entrei na OPAS, houve uma reunião no Congresso americano com o [senador democrata] Ted Kennedy e com o [Halfdan] Mahler, então diretor-geral da OMS. Mahler era um dinamarquês que governou a OMS juntamente com os países não alinhados. Ganhava tudo nas assembleias gerais. Lançou a proposta da atenção primária à saúde em 1978, na icônica reunião de Alma Ata, na antiga URSS. Esse era o clima: com Kennedy, com Mahler, com Carlyle. Eu, um pediatra, que trabalhou por dez anos como médico local, fui buscando um caminho para a internacionalização. A gente foi construindo um projeto de saúde comunitária com inspiração internacional.

DBL: Na prática, que tipo de função você desempenhava na OPAS?

UP: Sempre tive o posto de cientista, entre 1987 e 2004. Lá eu trabalhava com a parte de avaliação de tecnologias em saúde. A parte toda de ciência e inovação tecnológica. Meu primeiro grande trabalho foi um levantamento da produção de tecnologia biomédica em Brasil, Cuba, México e Argentina. Foi um estudo exaustivo de tudo o que havia. Na parte de desenvolvimento, inovação e pesquisa industrial, inclusive. O que se produzia, onde se produzia, onde se utilizava. Depois, envolvi-me com a produção de pesquisa, com o financiamento de pesquisas em saúde na América Latina. Acompanhava os progressos científicos em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, com o Banco Mundial. Depois, também, havia a pesquisa em saúde e desenvolvimento humano, da equidade em saúde. No meu período da residência médica, foi esse projeto do impacto da dívida externa. As primeiras discussões sobre equidade em saúde eram muito interessantes. Eu transitava da área mais dura de tecnologia para a promoção de pesquisa, para a economia, para o desenvolvimento humano, para a segurança humana. Devido a essa vivência, eu cheguei até a produzir o *position paper* da OPAS para a OEA.

DBL: E como apareceu a OMS em sua história profissional?

UP: Na verdade, ir para a OMS foi uma espécie de promoção. Na OMS, estavam fazendo a primeira Reunião de Cúpula de Ministros de Estado para Pesquisa em Saúde. Fizem isso em conjunto com o governo do México, na Cidade do México, em 2004, e fui então transferido para Genebra para organizar o evento e ser ponto



focal da OMS nas tratativas com o governo mexicano. A missão era organizar o evento e trazer o maior número possível de ministros de saúde para participar dele, para debater algo em que poucos ministros estavam realmente interessados. Pesquisa era a última preocupação dos ministros! Aquilo redirecionou a minha carreira. Envolvi-me com a chamada “tradução do conhecimento” – toda parte de evidência científica que era passível de ser transformada em política de saúde. A gente articulou a partir daí todo um processo para conseguir colocar coisas na agenda da assembleia mundial da saúde. Mobilizamos as comissões anteriores, comitê executivo, assembleia etc.

DBL: Essa articulação gerou bons frutos?

UP: Na assembleia geral, após muito esforço, aprovou-se uma resolução com a recomendação de que as evidências científicas deveriam embasar as políticas de saúde. Parece a coisa mais óbvia, mas houve todo um trabalho de convencimento dos Estados Unidos, que eram meio contra. Os países escandinavos eram bons parceiros. Conseguimos criar e coordenar uma rede de cooperação para lançar o projeto EVIPNet (rede de políticas informadas por evidências) na África. Se funcionasse na África, com as suas carências de infraestrutura, funcionaria em qualquer lugar. Trabalhamos com nove países, sempre buscando transformar evidência científica em política de saúde. Teve muito impacto. Transformou-se em um programa da OMS e passou a ser reproduzido em todas as regiões cobertas pela OMS. É um projeto que continua até hoje. Investimos muito nas metodologias. Recebemos aportes do Canadá, da Noruega, do Reino Unido. O Brasil teve um papel relevante e a cidade de Piri-piri, no Piauí, foi o primeiro núcleo municipal do mundo, mudando suas políticas para diminuir a mortalidade neonatal e a dengue. Durante os últimos quatorze anos, isso já foi muito avaliado e validado. No início, vários ministros não viam nisso uma prioridade. Mas, quando você tem a força da marca OMS por detrás, acaba ajudando. Meu pai sempre me diz que “todo dia tem notícia da OMS na televisão”. Ele está certo: é uma marca muito poderosa. E, sobretudo para quem não tem dinheiro, é importante usar a melhor evidência científica disponível para produzir políticas públicas eficientes.

**DBL: A OMS é democrática em sua governança interna?**

UP: Minha hipótese é de que há um viés funcionalista e tecnocrático, no sentido do [David] Mitrany. Eu faço essa análise em meu livro. É preciso olhar essa corrente funcionalista dentro da disciplina de Relações Internacionais. A OMS, quando foi criada, em 1948, teve sua estrutura organizacional desenhada por executivos da IBM. Um modelo baseado em empresa, com CEO, board, assembleia de acionistas etc. A Organização era parecida com uma loja de departamentos. Isso causava uma compartimentalização técnica muito forte. Ainda há resquícios até hoje. A própria ideia de globalização praticada pela OMS é meio “assexuada”, como se não existisse poder. A conversa fiada de que “a saúde é benefício mútuo para todos”, sem considerar os interesses econômicos, a indústria farmacêutica...

DBL: Você poderia exemplificar?

UP: Sim. Eu assisti a uma coisa: o [professor da USP] João Yunes era representante do Brasil na Conferência da OPAS. Ele tinha sido funcionário da OPAS por vários anos. Era o governo de FHC, com José Serra de ministro da saúde. Yunes propôs um esquema específico, a respeito do HIV/Aids, para compras de medicamentos, envolvendo todos os países da América Latina. Era uma estratégia para baixar preços. Na época, um filho de um senador do Wisconsin, afilhado político de Ronald Reagan – um cara de Yale, republicano roxo, jovem, falava espanhol, português, francês etc. – representava a delegação americana na Conferência. O jovem saiu da sala. Eu, por coincidência, saio junto. Ouço ele falando com o secretário de comércio americano: “O Brasil está propondo isso. Não pode passar”. O Brasil era um obstáculo aos interesses dos EUA na OMS. Recebi provocações na OMS de funcionários do Departamento de Estado dos EUA. Coisas como “você é brasileiro, de brasileiro a gente só espera coisa ruim”. Eu vi esse nível de interferência.

DBL: Sem qualquer consideração técnica?

UP: Há uma aparência de technicalidade, é claro, e uma base científica sólida, mas o científico-técnico muitas vezes encobre interesses dos países de alta renda. Os



americanos têm quadros especializados do Departamento de Estado para atuar na OPAS e na OMS, oficialmente. Fazem *secondment*, com seus cargos pagos pelos seus países, em claro conflito de interesse. Os ingleses também fazem. Em menor medida, os holandeses fazem. Outra coisa que sempre me impressionou: como os anglo-saxões se organizam politicamente. Entram organizados e preparados nos comitês executivos e na assembleia geral. Americanos, ingleses, canadenses, neozelandeses e australianos operam em regime de *bloc position*. Muito ensaiadinho. Fica muito óbvio para todo mundo.

DBL: E a sociedade civil, não exerce pressão? Não influencia em nada?

UP: Há mecanismos para trazer a opinião pública para atuar ali. Mas a OMS falha em fazer isso. Prevalece um discurso da perícia, do “nós é que sabemos, nós que temos o parecer técnico, a palavra final”. Quando o diretor-geral [entre 1988 e 1993] era o [japonês Hiroshi] Nakajima, personalista e autoritário, foi um desastre total nesse sentido. Veio a [Gro Harlem] Brundtland [em 1998] com o discurso “tem que abrir, trazer a sociedade civil”. Norueguesa, tinha sido primeira-ministra do seu país, tinha uma visão meio eurocêntrica e, no limite, centralizadora. E mantinha um discurso da necessidade das ONGs, mas ficava apenas no discurso. Sem falar do nível de interferência dos Estados Unidos em suas políticas. Lembro-me de quando foi eleita. Estava tecnicamente empatada com um candidato mexicano. O Reino do Butão era, então, membro do comitê executivo, um dos 32 países com voto. Hillary Clinton pegou o Air Force One, foi a Thimbu e convenceu o rei a mudar o seu voto. Isso mudou o resultado da eleição. Brundtland acabou eleita. Mostra que o viés da OMS é funcionalista e tecnocrático, mas também é político.

DBL: Autoridades subnacionais têm algum peso no interior da OMS?

UP: Há um bom estudo de caso sobre a Organização para a Liberação da Palestina (OLP) na OMS. A rigor, duas entidades têm sistematicamente tentado entrar para o sistema ONU a partir da OMS: Palestina e Taiwan. A OMS é esse ponto “soft” do sistema. É incrível o investimento que se faz. Recebi muita gente de Taiwan, que



propunha coisa, que tentava injetar dinheiro em projetos. Taiwan já tentava ingressar no sistema quando eu ainda estava na OPAS, via recursos alocados no Canal do Panamá. São interessantes essas estratégias de entrar pelas bordas. Mas as reações norte-americanas ou chinesas são muito fortes. Eles as identificavam e bloqueavam. Não deixavam passar. Sabiam que isso poderia gerar precedente.

DBL: A clivagem entre pobres e ricos manifesta-se de algum modo na OMS?

UP: Sem dúvida. Existe, na área da pesquisa, a relação 10/90. 90% das doenças recebiam 10% das verbas para pesquisa. E o contrário: 10% das doenças amealhavam 90% dos recursos. A OMS reproduziu essa lógica por muito tempo. Hoje, existe uma formulação sobre as “doenças negligenciadas”. As doenças dos países da maioria. Em pesquisa, em sistemas de saúde, em tudo. Isso é um fato. Há dados sobre isso. A OMS, ao mesmo tempo, tem uma contradição interna. A gente se via, como funcionário internacional, como uma espécie de equalizador. A ideologia do equalizador é meio tecnocrática também: cabia-nos equalizar um pouco o desnível de poder no cenário internacional, em temas de saúde. Nutria-se visão muito crítica sobre o setor privado. Na OPAS, mais até do que na OMS, cultivava-se certo pensamento político progressista. A noção de que éramos responsáveis pela saúde do planeta, não só pela saúde das elites. Com muita contradição, é claro. A OMS era quase estatista. Margaret Chan [diretora-geral da OMS entre 2006 e 2017] mudou isso. Inicialmente, tinha um discurso progressista, de gênero, prioridade para a África. Depois passou a seguir o script que a *The Economist* e o *Financial Times* preparavam.

DBL: Como foi essa evolução?

UP: Primeiramente, a Brundtland propôs mudar o “modelo de loja de departamento” para o “modelo do shopping center”. Alguns programas de saúde – *Stop TB*, *Global Malaria* etc. – passaram a ser concebidos de modo “vertical”, e não da maneira integrada e sistêmica que propúnhamos. Outro aspecto a levar em conta é que a HIV/Aids transformou-se em “doença de pobre”, principalmente na África. A indústria



farmacêutica passou a atuar crescentemente no interior da OMS, contribuindo para a fragilização do Estado. No modelo de *franchise*, Brundtland começou a “vender pacotes”: se os ingleses tinham interesse no *Stop TB*, eles investiam especificamente ali; se os americanos queriam parar a Aids, botavam dinheiro no respectivo programa. Começam, então, a existir feudos no interior da OMS. Esse é o “modelo de shopping center”, de *franchise*: cada país compra o direito de cuidar do “seu feudo”. Nesse modelo, a democracia é confundida com as posições das ONGs. Esse é um erro clássico. ONGs representam posições, e até eventualmente interesses escusos, mas não *constituencies* democráticas. Não dá para santificá-las. [Margaret] Chan chegou à direção-geral em um momento de vulnerabilidade da Organização Mundial da Saúde. Ela estava esquartejada, profundamente dependente da Bill and Melinda Gates Foundation. Metade do orçamento vinha da Gates Foundation. Quando a Chan entra, entra com agenda de África, atenção primária, saúde da mulher. Ela fica fascinada com o SUS. Logo, logo puxam-lhe as rédeas. Assim que é eleita pelo comitê executivo, vem um artigo da *Economist* dizendo o que ela deveria fazer. Ela vai mudando o discurso paulatinamente. Passa a defender o seguro privado de saúde para os pobres como condição para a cobertura universal de saúde, um mantra do Banco Mundial.

DBL: Qual é o papel da Fundação Gates, hoje?

UP: Gates funciona dentro da visão de que o negócio é fomentar vacinação. Fazem quase nada pelos sistemas de saúde. Vi o Bill Gates duas vezes na OMS, como *keynote speaker*. O discurso é “vacina, vacina e vacina”. OMS como a grande vacinadora.

DBL: Da perspectiva do médico sanitário, isso é um problema?

UP: A ênfase só na vacina é um problema, pois não mexe em nada nos determinantes da doença, do processo saúde-doença. Não resolve os problemas da saúde. Determinantes são as condições sociais, a vulnerabilidade social, o gênero, a educação, o meio ambiente, a utilização da pesquisa, as inovações, os processos



ENTREVISTA

que levam à doença, a transformação econômica geral, a busca por menor desigualdade, os sistemas de saúde etc. Nesse sentido, a maneira como a gente organizou o SUS é brilhante. Onde há mais vulnerabilidade social, há mais recursos. A resposta do sistema de saúde é fundamental.

DBL: O Brasil já foi um ator influente na OMS. Elegeu até um diretor-geral, o médico carioca Marcolino Candau, que permaneceu no posto por quatro mandatos, entre 1952 e 1973. Restou algo desse protagonismo?

UP: O Brasil tem protagonismo zero na OMS, hoje. Zero! Contam que Michel Temer tentou “comprar” o cargo de uma pessoa. Era interesse da indústria farmacêutica, e o ex-ministro Ricardo Barros, do PP, negociou o cargo dessa pessoa na Organização, por meio de uma doação brasileira, coisa de quatro, cinco milhões de dólares. Uma pessoa sem protagonismo, irrelevante, perdida, e, pior, suspeita de representar os interesses da indústria farmacêutica, e não do país.

Belo Horizonte, 6 de junho de 2018