AGTU – THE GLOBAL UNIVERSITY

GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA COOPERAÇÃO MULTILATERAL EM TEMPOS DE CRISE.

AUTOR: DANIEL CANDIOTO

Resumo

Este artigo propõe uma análise crítica do regime de governança global da saúde, com foco na atuação de atores estatais e não estatais, nas ferramentas normativas — *soft law* (normas não obrigatórias, de caráter orientador) e *hard law* (normas juridicamente vinculantes) — e nos desafios atuais à cooperação internacional em tempos de crise. A partir de uma abordagem analítica qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica crítica e em autores como David Fidler, Ilona Kickbusch e Nicoletta Dentico, o estudo examina os limites e as potencialidades da governança em saúde global diante da pandemia de COVID-19, evidenciando assimetrias de poder, déficits de responsabilização e entraves institucionais. O texto também articula essa discussão aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, especialmente o ODS 3 (saúde e bem-estar) e o ODS 16 (instituições eficazes e inclusivas). Conclui-se que a governança global da saúde carece de mecanismos mais equitativos, participativos e eficazes para lidar com os determinantes políticos globais da saúde, cujos efeitos adversos incluem déficit democrático, frágil responsabilização, imobilismo institucional e escassez de instituições legítimas voltadas à saúde pública internacional. Neste contexto, o artigo também considera o caso brasileiro, discutindo a importância da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como expressão dos princípios de equidade, universalidade e corresponsabilização no plano nacional.

Palavras-chave: Governança Global, Saúde, Cooperação Internacional, Atores Não Estatais, ODS.

1. Introdução

A governança global da saúde tornou-se um tema central nas relações internacionais, especialmente após a pandemia de COVID-19, que evidenciou a interdependência entre os países e a necessidade de respostas coordenadas. Em um mundo cada vez mais conectado, as doenças infecciosas ultrapassam fronteiras com rapidez, exigindo mecanismos de colaboração que envolvam não apenas os Estados, mas também organizações internacionais, setor privado, sociedade civil e instituições acadêmicas.

Este artigo visa analisar criticamente o regime internacional da saúde, identificando os principais atores, instrumentos e desafios contemporâneos da governança global neste campo. Para isso, adota-se uma abordagem qualitativa, com base em revisão bibliográfica crítica e nas contribuições teóricas de autores como Held e McGrew (2002), Rosenau (1997), Weiss e Wilkinson (2018), entre outros, além de incorporar as abordagens contemporâneas apresentadas no curso KULeuvenX: *Introduction to Global Governance*. A análise também considera a agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com ênfase no ODS 3, que trata da promoção da saúde e do bem-estar para todos.

Nesse contexto, ganha relevo o papel das instituições e redes transnacionais na promoção da equidade em saúde e na correção de políticas públicas, a fim de torná-las mais efetivas. Trata-se, portanto, de mobilizar os diversos atores envolvidos — governos, organizações internacionais, setor privado e sociedade civil — em torno de compromissos concretos que considerem os impactos negativos das políticas extra setoriais sobre a saúde das populações. O processo de pactuação da Agenda Global de Desenvolvimento Pós-2015,

liderado pelas Nações Unidas, representa uma oportunidade valiosa para o fortalecimento de uma governança global mais sensível às desigualdades e capaz de articular ações intersetoriais em escala planetária.

Ao mesmo tempo, é fundamental que os princípios da governança global da saúde se reflitam nas políticas nacionais. No caso do Brasil, isso significa enfrentar, por meio da ação articulada entre Estado e sociedade civil, forças externas que contribuem para a produção de iniquidades e más condições de saúde, como é o caso das indústrias do tabaco e dos agrotóxicos. Implica, ainda, incluir de forma prioritária a equidade em saúde na agenda pública nacional, o que exige o cumprimento efetivo do artigo 196 da Constituição Federal e o avanço na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública universal, integral e equitativa.

2. Fundamentação Teórica: Governança Global da Saúde em um Mundo Interdependente

2.1. A complexidade da governança em tempos de interdependência

A governança global é entendida, de maneira geral, como o conjunto de normas, instituições, práticas e mecanismos por meio dos quais diferentes atores – estatais e não estatais – buscam regular questões de interesse comum em escala transnacional (ROSENAU, 1997; HELD; McGREW, 2002). Essa definição ultrapassa a concepção tradicional de soberania estatal, abrindo espaço para uma ordem internacional mais fluida, marcada pela pluralidade de sujeitos e pela coexistência de formas de regulação formal (hard law) e informal (soft law), como recomendações, resoluções e diretrizes.

Essa abordagem plural está em sintonia com o que Gonçalves (2011a, 2014) chama de função instrumental da governança, que surge como mecanismo voltado à solução de problemas coletivos. Na prática, isso significa que a governança global atua não apenas por meio de obrigações jurídicas, mas sobretudo por processos de negociação, persuasão e construção de consensos entre diferentes interesses. Nesse sentido, o papel das redes transnacionais de cooperação, conforme destaca Slaughter (2004), torna-se central: são elas que conectam governos, especialistas, organizações internacionais, empresas e sociedade civil em dinâmicas colaborativas e horizontais.

2.2. Governança, normas globais e a saúde como bem comum

No campo da saúde, essa estrutura de governança ganha contornos específicos. A atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, é sustentada por um arcabouço normativo que, embora não vinculante em muitos casos, influencia diretamente as políticas públicas dos países membros. A distinção entre hard law e soft law é essencial para compreender como a saúde global tem sido gerida. Tratados como o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) coexistem com recomendações técnicas, orientações emergenciais e relatórios que orientam a ação estatal em crises sanitárias, como foi o caso da pandemia de COVID-19.

Biermann e Pattberg (2012) chamam a atenção para que a governança em áreas como meio ambiente e saúde é caracterizada por múltiplos centros de autoridade, nem sempre coordenados entre si, mas interdependentes. Isso resulta em um cenário de governança fragmentada, onde o desafio maior está na articulação de esforços para enfrentar problemas que não respeitam fronteiras. A saúde, como bem comum global, exige arranjos que vão além do tradicional jogo interestatal.

2.3. Críticas e limitações da governança global

Apesar dos avanços na construção de um sistema mais cooperativo, a governança global da saúde também é alvo de críticas. Rodrik (2011; 2013), por exemplo, aponta para o déficit de responsabilização democrática nesse tipo de arranjo, onde as decisões globais impactam diretamente as sociedades nacionais, mas nem sempre estão sujeitas ao controle dos cidadãos afetados. Para ele, a ampliação das regras globais precisa ser acompanhada por mecanismos que garantam diversidade, proteção aos pactos sociais e fortalecimento das instituições nacionais.

Outro ponto crítico diz respeito à persistência das desigualdades. A governança global da saúde, ao mesmo tempo que busca promover equidade, muitas vezes esbarra em interesses econômicos poderosos, como os das indústrias farmacêuticas, do tabaco e dos agrotóxicos. Isso levanta questões sobre quem define as prioridades e quais interesses são privilegiados na formulação de normas e estratégias globais.

2.4. ODS 3, OMS e os desafios do Brasil

A Agenda 2030 das Nações Unidas, especialmente por meio do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades), representa um esforço relevante para integrar as metas de saúde à lógica da governança global. A OMS tem atuado como uma das principais instituições de apoio técnico e normativo para a concretização desse objetivo, estimulando os países a adotarem políticas baseadas em evidências e princípios de equidade.

No caso brasileiro, esse debate assume contornos ainda mais complexos. A efetivação do artigo 196 da Constituição Federal, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, exige não apenas políticas públicas internas bem estruturadas, mas também

capacidade de resistência frente a pressões externas. Indústrias como a do tabaco e dos agrotóxicos, por exemplo, são frequentemente citadas como obstáculos à promoção da saúde pública, exigindo ações regulatórias firmes e articulação entre diferentes setores da sociedade.

Além disso, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é parte essencial dessa estratégia. O SUS, como política pública universal e equitativa, não apenas operacionaliza os princípios do ODS 3 em território nacional, como também representa uma base sólida para que o Brasil atue com legitimidade no campo da saúde global. Isso exige articulação entre Estado, sociedade civil e comunidade científica, bem como alinhamento com os compromissos assumidos internacionalmente.

3. Atores Estaduais e Não Estaduais na Governança da Saúde

A governança global da saúde é caracterizada pela crescente interação entre atores estatais e não estatais, processo que remonta à própria criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e se intensifica com os desafios contemporâneos da saúde pública. Embora os Estados-membros continuem sendo os principais responsáveis pelas decisões políticas e pelo financiamento da OMS, a influência de atores não estatais se consolidou ao longo das décadas, refletindo a complexidade e a interdependência que marcam o cenário internacional de saúde.

Desde a Conferência Internacional da Saúde, em 1946, a constituição da OMS reconheceu a relevância de envolver organizações internacionais não governamentais, fundações, e outras entidades da sociedade civil no esforço coletivo de promoção da saúde. A presença da Liga de Sociedades da Cruz Vermelha, da Fundação Rockefeller e da Federação Sindical Mundial na conferência de fundação evidencia que, desde sua origem, a OMS foi

concebida como uma instituição aberta ao diálogo e à colaboração com múltiplos agentes, contanto que autorizados por seus respectivos Estados de origem (WHO, 1958a).

Esse arranjo institucional inicial evoluiu para a criação formal de um Comitê Permanente de Organizações Não Governamentais, incumbido de regular as interações da OMS com essas entidades, estabelecendo critérios rigorosos para o reconhecimento de relações oficiais. Com isso, consolidou-se uma estrutura institucional que permitia que atores não estatais participassem das atividades da OMS, ainda que sem direito a voto, com acesso a informações e possibilidade de contribuir com conhecimentos técnicos, advocacy e apoio material (WHO, 1950; WHO, 1958b).

A trajetória das relações entre a OMS e os atores não estatais revela um duplo movimento: de um lado, o reconhecimento da capacidade desses agentes de influenciar positivamente a agenda global de saúde, e de outro, a necessidade de regulamentar essas interações para mitigar riscos como conflitos de interesse e assimetrias de poder. A inserção progressiva de fundações filantrópicas, como a Fundação Bill e Melinda Gates, e de organizações como Médicos Sem Fronteiras, universidades e corporações do setor farmacêutico, ampliou a influência de atores não estatais na definição de prioridades, no financiamento de pesquisas e na resposta a crises sanitárias (RONIT; SCHNEIDER, 2000).

Diante desse cenário, a OMS promoveu, a partir de 2010, um processo de reforma institucional que culminou na elaboração do Marco para a Colaboração com Agentes Não Estatais (FENSA), aprovado em 2016 (WHO, 2016a). O FENSA representa um avanço normativo importante ao sistematizar as modalidades de engajamento com atores não estatais, classificando-os em quatro categorias e definindo os parâmetros de participação, colaboração técnica, fornecimento de recursos, advocacy e produção de evidências. O marco visa garantir a transparência, a integridade e a eficácia das ações da OMS, reconhecendo os benefícios das

parcerias, mas também explicitando os riscos que elas podem acarretar, como o comprometimento da neutralidade institucional ou a captura de agendas por interesses privados (WHO, 2016b).

O processo de avaliação do FENSA, realizado em 2019, apontou lacunas relevantes na implementação do marco, como a ausência de uma estratégia clara de operacionalização e a baixa difusão do conteúdo entre os próprios funcionários da Organização (WHO, 2019a; WHO, 2019b). Tais fragilidades sugerem que, embora o marco normativo seja coerente, sua eficácia depende do fortalecimento dos mecanismos internos de comunicação, monitoramento e capacitação, além do aprimoramento dos processos de governança participativa.

Assim, a análise da governança da saúde global à luz da experiência da OMS revela que a atuação de atores não estatais é indispensável para enfrentar os desafios transnacionais da saúde, mas requer arranjos institucionais robustos e dinâmicos. A história da OMS mostra que a colaboração com esses atores foi, desde o início, considerada estratégica, e o FENSA aparece como um esforço contemporâneo de organizar e regulamentar tais relações. Nesse sentido, a governança da saúde global é hoje fruto de um processo histórico de institucionalização da cooperação multilateral que articula, em diferentes níveis, estados, organizações regionais e atores não estatais na construção de respostas coletivas às demandas da saúde pública internacional.

4. Instrumentos da Governança Global da Saúde: Soft Law e Hard Law

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI), revisado em 2005 após a epidemia de SARS, constitui um dos principais instrumentos normativos vinculantes (hard law) no âmbito da governança global da saúde, impondo aos Estados-membros da Organização Mundial da

Saúde (OMS) a obrigação de notificar, em até 24 horas, eventos de saúde pública de importância internacional (BRASIL, 2020). Sua adoção teve como objetivo fortalecer a capacidade de prevenção, controle e resposta coordenada a emergências sanitárias globais, como foi o caso da pandemia de COVID-19. No entanto, a experiência recente evidenciou sérias limitações quanto à efetividade do RSI, sobretudo no que diz respeito à ausência de mecanismos de compliance e enforcement, bem como à dependência da cooperação voluntária dos Estados para o compartilhamento de informações e a adoção de medidas recomendadas (MACHADO, 2021).

A atuação da OMS no contexto da pandemia de COVID-19 pode ser dividida em quatro funções primordiais: (i) produção normativa; (ii) apoio técnico e cooperação entre os Estados; (iii) gestão de financiamento destinado à saúde; e (iv) coordenação de respostas a emergências sanitárias (PIRES, 2021). Entre essas funções, destaca-se a capacidade normativa da Organização, respaldada pelo artigo 2º de sua Constituição, que autoriza a Assembleia Mundial da Saúde a elaborar normas e standards internacionais em saúde, os quais podem assumir formas vinculantes ou não vinculantes (BRASIL, 2020; OMS, 2005).

Nesse contexto, observa-se uma complementaridade entre os instrumentos de hard law e os mecanismos de soft law. Enquanto o RSI representa um instrumento normativo obrigatório, que deve ser observado pelos Estados independentemente de incorporação legislativa, as recomendações, resoluções e diretrizes técnicas emitidas pela OMS — embora não vinculantes — desempenham papel normativo e simbólico relevante, sobretudo por estarem fundamentadas em evidências científicas e no consenso técnico internacional (BENVENISTE, 2018).

Durante a crise sanitária causada pelo novo coronavírus, a OMS utilizou ambos os tipos de instrumentos para orientar a resposta internacional. No entanto, a ausência de

sanções aplicáveis ao descumprimento do RSI e o caráter meramente recomendatório das decisões da OMS evidenciaram os limites do sistema atual de governança. O caso da China, que teria descumprido a obrigação de notificar tempestivamente os primeiros casos de COVID-19, é emblemático nesse sentido. A falta de transparência e a omissão de dados relevantes comprometeram a eficácia da resposta internacional, revelando a fragilidade da OMS frente à conduta unilateral dos Estados (FERNANDES; SOUZA, 2021).

O artigo 12 do RSI confere ao Diretor-Geral da OMS o poder de declarar uma "emergência de saúde pública de importância internacional", decisão que deve ser tomada com base nas recomendações do Comitê de Emergência (OMS, 2005). No caso da COVID-19, a declaração foi realizada em 30 de janeiro de 2020, ativando a possibilidade de emissão de recomendações temporárias aos Estados, com base nos artigos 15 e 23 do RSI. Tais recomendações — como o isolamento de casos confirmados, quarentena de contatos e medidas de distanciamento social —, apesar de sua importância, não são obrigatórias, o que contribuiu para uma resposta heterogênea e, em muitos casos, desalinhada entre os países (PIRES, 2021).

A carência de mecanismos efetivos de enforcement e a dependência da cooperação voluntária dos Estados comprometem tanto o cumprimento quanto a fiscalização das normas e recomendações da OMS. O artigo 56 do RSI prevê mecanismos de solução de controvérsias como a mediação e a arbitragem, porém tais dispositivos nunca foram invocados, e sua aplicação depende da anuência dos próprios Estados envolvidos (BRASIL, 2020).

Além disso, a preferência pela emissão de recomendações pelo Diretor-Geral, em detrimento de decisões deliberadas pela Assembleia da Saúde, tem gerado críticas quanto ao déficit de transparência e accountability no processo decisório da Organização. Como as reuniões do Comitê de Emergência são protegidas por confidencialidade, as fundamentações

técnicas das recomendações não são acessíveis ao público, o que compromete a legitimidade e a aceitação das decisões por parte dos Estados (MACHADO, 2021).

Apesar disso, a 73ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2020, aprovou uma resolução importante, que reconheceu o papel da OMS no enfrentamento da pandemia, defendeu a vacina como bem público global e solicitou uma avaliação independente da resposta institucional à crise. Mesmo diante de tensões geopolíticas — como as trocas de acusações entre Estados Unidos e China —, a aprovação da resolução sem objeções verbais demonstrou a importância do multilateralismo e da diplomacia na construção de consensos em saúde global (FERNANDES; SOUZA, 2021).

Diante do exposto, observa-se que a governança global da saúde exige uma articulação dinâmica entre hard law e soft law, a fim de promover uma resposta eficaz e coordenada a emergências sanitárias internacionais. A legitimidade técnica da OMS, somada à capacidade normativa de seus instrumentos vinculantes e à influência moral de suas recomendações, constitui a base sobre a qual deve se assentar o fortalecimento do sistema global de saúde. Para tanto, torna-se imprescindível avançar em mecanismos de transparência, compliance e responsabilização, respeitando os limites democráticos e a soberania dos Estados, mas sem abdicar da proteção do interesse coletivo da humanidade.

5. Desafios Contemporâneos e Perspectivas Futuras

A crise sanitária provocada pela pandemia de COVID-19 representou um marco revelador das limitações da atual governança global da saúde. A lentidão na resposta internacional, o nacionalismo vacinal, a politização das medidas sanitárias e a desigualdade no acesso às vacinas escancararam não apenas falhas operacionais, mas principalmente dilemas estruturais na cooperação multilateral. A fragilidade institucional da Organização

Mundial da Saúde (OMS), os limites dos instrumentos normativos internacionais e a fragmentação da ação entre os diversos atores do sistema internacional evidenciaram um modelo de governança ainda ancorado em lógicas intergovernamentais, pouco permeável à pluralidade de interesses e agentes que hoje compõem o ecossistema global da saúde.

Entre os principais desafios contemporâneos, destacam-se: a ausência de um financiamento sustentável e independente para a OMS, que compromete sua autonomia e capacidade de resposta; a resistência de Estados soberanos à supervisão internacional e à adoção de medidas vinculantes; a inexistência de mecanismos eficazes de enforcement que garantam a implementação de acordos e recomendações; e a baixa inclusão dos países de baixa e média renda nos processos decisórios globais, o que perpetua desigualdades históricas e compromete a legitimidade das deliberações internacionais.

Como destaca Alleyne (2006–2007), a governança da saúde global deve lidar com o desafio de incorporar o novo pluralismo de atores — incluindo organizações da sociedade civil, setor privado e fundações filantrópicas — em estruturas até então rigidamente estatais. A OMS, por exemplo, permanece uma organização essencialmente intergovernamental, cujos conselhos são compostos exclusivamente por representantes dos governos. Esse modelo excludente contrasta com experiências como a do UNAIDS, que desde sua criação incorporou representantes não estatais em sua instância diretiva, sinalizando uma possível alternativa mais participativa e inclusiva.

Além disso, o sistema das Nações Unidas, embora abarque diversas agências com impacto direto na saúde — como o UNICEF, o FNUAP e o PNUD — carece de mecanismos formais de coordenação e integração, o que frequentemente resulta em competição entre organismos e sobreposição de agendas. O financiamento fragmentado, baseado em contribuições voluntárias e interesses políticos dos Estados ou de grandes fundações,

aprofunda ainda mais a assimetria de poder e fragiliza a construção de uma resposta verdadeiramente global e equitativa.

Diante desse panorama, as perspectivas futuras da governança global da saúde demandam reformas institucionais profundas. É necessário fortalecer o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), ampliar os mecanismos de participação de atores não estatais, garantir a transparência e a accountability nos processos decisórios, e assegurar a representatividade dos países historicamente marginalizados. Como propõem Biermann (2014) e Buss (2017), é urgente integrar as agendas da saúde, do meio ambiente e do desenvolvimento sustentável, reconhecendo a interdependência dos desafios contemporâneos e promovendo uma abordagem sistêmica e intersetorial.

A construção de um Sistema de Saúde Mundial, nos termos de Frenk (1997), pressupõe o reconhecimento da saúde como um bem público global e o reposicionamento do Estado-nação não como único ator soberano, mas como parte de uma rede mais ampla de cooperação internacional. No entanto, como bem aponta Alleyne, permanece o paradoxo: embora os riscos sejam transnacionais, as respostas ainda dependem, majoritariamente, da autoridade e da capacidade estatal. Assim, fortalecer os sistemas públicos de saúde — como o SUS no Brasil — e promover sua articulação com as redes globais é condição fundamental para assegurar equidade, eficácia e resiliência diante de crises futuras.

Nesse sentido, o futuro da governança global da saúde será definido pela capacidade de transcender modelos hierárquicos, superar os desequilíbrios de poder e estabelecer estruturas verdadeiramente colaborativas, inclusivas e sustentáveis. A pandemia de COVID-19 ofereceu um duro alerta. Cabe agora à comunidade internacional decidir se seguirá operando sob as limitações do passado ou se ousará construir um novo paradigma — mais justo, mais plural e mais humano.

6. Considerações Finais

A análise da governança global da saúde revela um cenário complexo e em constante transformação, onde os desafios globais exigem respostas integradas, coordenadas e, sobretudo, justas. A pandemia de COVID-19 expôs de maneira contundente as fragilidades das estruturas multilaterais, escancarando desigualdades históricas e a ineficiência de mecanismos que, embora concebidos para promover a solidariedade internacional, muitas vezes refletem assimetrias de poder profundamente enraizadas. O papel da Organização Mundial da Saúde, embora central, é constantemente tensionado por interesses geopolíticos, limitações orçamentárias e pela natureza não vinculativa de muitos de seus instrumentos normativos.

A tensão entre o soft law e o hard law permanece um dilema fundamental. Enquanto o soft law possibilita flexibilidade e adesão voluntária, sua efetividade depende de vontade política e cooperação genuína, elementos frequentemente comprometidos por disputas de soberania, nacionalismos exacerbados e interesses econômicos. Por outro lado, a rigidez do hard law, quando existente, enfrenta resistência por parte dos Estados, especialmente quando ameaça sua autonomia decisória. Essa dualidade revela uma governança que muitas vezes vacila entre o ideal da cooperação e a realidade da fragmentação.

Nesse contexto, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável — especialmente os ODS 3 (saúde e bem-estar) e 16 (paz, justiça e instituições eficazes) — surgem como marcos ético-políticos relevantes, embora ainda distantes da concretização plena. A governança da saúde, para ser verdadeiramente transformadora, precisa ir além da retórica e enfrentar as raízes estruturais da desigualdade e da exclusão. Isso implica repensar o papel dos atores não estatais, ampliar a participação dos países do Sul Global e fortalecer os mecanismos de accountability e financiamento equitativo.

O caso brasileiro, com o protagonismo histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstra que é possível construir políticas públicas universais, mesmo em meio a adversidades. Entretanto, também evidencia os riscos que ameaçam tais conquistas diante de políticas neoliberais, cortes de investimento e ataques à ciência e aos direitos sociais. O Brasil pode e deve assumir uma postura ativa na arena internacional, contribuindo para a democratização da governança global da saúde e a construção de um multilateralismo mais inclusivo, transparente e solidário.

Portanto, repensar a governança global da saúde exige mais do que reformas técnicas — requer coragem política, compromisso ético e uma visão de mundo centrada na dignidade humana. A crise sanitária global não foi apenas uma emergência epidemiológica, mas um alerta civilizatório. A pergunta que se impõe, agora, é se a comunidade internacional estará disposta a ouvir - e agir.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BARNETT, Michael; FINNEMORE, Martha. Rules for the World: International Organizations in Global Politics. Ithaca: Cornell University Press, 2004.

BENVENISTE, Doris. Soft law in international governance: its interaction with hard law. European Journal of International Law, v. 29, n. 4, p. 879–896, 2018.

BIERMANN, Frank. Earth System Governance: World Politics in the Anthropocene. Cambridge, MA: MIT Press, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional – RSI (2005). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2020.

BUSS, Paulo M. (org.). Diplomacia da Saúde e Governança Global. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

DENTICO, Nicoletta. Global health governance in the 21st century: the role of NGOs. In: DODGSON, Richard; LEE, Kelley; DRAGER, Nick (Org.). Global health governance: a conceptual review. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 105–121. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/68934. Acesso em: 10 abr. 2025.

FERNANDES, L.; SOUZA, A. Governança global e o papel da OMS na pandemia de COVID-19. Revista de Direito Internacional, v. 18, n. 3, p. 44–67, 2021.

FIDLER, David P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. Bulletin of the World Health Organization, v. 79, n. 9, p. 842–849, 2001. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2001.v79n9/842-849.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

GONÇALVES, Reinaldo. Governança global e desenvolvimento. Revista de Economia Política, v. 31, n. 1 (121), p. 5–25, jan./mar. 2011.

HELD, David; McGREW, Anthony. Governing Globalization: Power, Authority and Global Governance. Cambridge: Polity Press, 2002.

KEOHANE, Robert O. After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy. Princeton: Princeton University Press, 2005.

KICKBUSCH, Ilona; SZABO, Marianna. A new governance space for health. Global Health Action, v. 7, 2014. DOI: 10.3402/gha.v7.23507.

MACHADO, Mônica. Direito Internacional da Saúde: desafios normativos e institucionais da OMS na crise da COVID-19. São Paulo: Atlas, 2021.

NAÇÕES UNIDAS (ONU). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Assembleia Geral da ONU, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 11 abr. 2025.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Regulamento Sanitário Internacional (2005). 3. ed. Genebra: OMS, 2016.

PIRES, D. A crise sanitária global e os desafios da coordenação internacional. Revista Brasileira de Política Internacional, v. 64, n. 2, p. 1–23, 2021.

RONIT, Karsten; SCHNEIDER, Volker. Private Organizations in Global Politics. London: Routledge, 2000.

SLAUGHTER, Anne-Marie. A New World Order. Princeton: Princeton University Press, 2004.

WEISS, Thomas G.; WILKINSON, Rorden. International Organization and Global Governance. London: Routledge, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework of engagement with non-State actors (FENSA). Geneva: WHO, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R10-en.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). EB146(34) – Engagement with non-State actors. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_34-en.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.