

ARTIGOS

Kelen de Moraes Cerqueira¹

Silvana Schimanski^{II}

Mecanismos de difusão política da Organização Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional e Complementar

World Health Organization policy diffusion Mechanisms on Traditional and Complementary Medicine



RESUMO:

Este trabalho discute o papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação às práticas tradicionais e complementares de cuidados. Conhecidas no Brasil como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), são sistemas e recursos de tratamento fundamentados em conhecimentos tradicionais ou não convencionais para o cuidado multidimensional - físico, emocional e espiritual - das necessidades de cada indivíduo. A OMS, estabelecida em 1948 como uma organização internacional governamental especializada, do âmbito das Nações Unidas, tem contribuído para a cooperação internacional sobre questões de saúde e o tema faz parte das suas discussões desde o final dos anos sessenta. Nesse contexto, a pergunta que orienta a pesquisa é: quais mecanismos de difusão política têm sido adotados pela OMS, quanto à medicina tradicional e complementar? Por mecanismos de difusão, entende-se instrumentos adotados por um agente, com potencial para influenciar políticas de agentes em outras jurisdições. A pesquisa foi desenvolvida por meio da abordagem qualitativa, com consulta a fontes primárias e secundárias e tem finalidade analítico-descritiva. O estudo permite considerar que a OMS tem adotado mecanismos de difusão política brandos, com ênfase no aprendizado e socialização, disseminação de conhecimentos técnico-científicos e compartilhamento de boas práticas para superação dos desafios político-institucionais relacionados à temática. A função de coordenação se evidencia pelos levantamentos exploratórios dos progressos realizados para a implementação, dos desafios quanto à adoção nos sistemas de saúde dos Estados-membros, bem como, pelo recente estabelecimento do Centro Mundial de Medicina Tradicional da OMS.

Palavras-chave: Organizações internacionais; Organização Mundial da Saúde; Cooperação internacional; Práticas integrativas em saúde

ABSTRACT:

This paper discusses the role of the World Health Organization (WHO) regarding traditional and complementary healthcare practices. Known in Brazil as Integrative and Complementary Health Practices (PICS), it involves treatment systems and resources based on traditional or unconventional knowledge for multidimensional care - physical, emotional and spiritual - of each individual's needs. The WHO, established in 1948 as a specialized international governmental organization within the United Nations, has contributed to international cooperation on health issues and the topic has been part of its discussions since the late 1960s. In this context, the question guiding this research is: what policy diffusion mechanisms has the WHO adopted with regard to traditional and complementary medicine? Diffusion mechanisms mean instruments adopted by an agent with the potential to influence the policies of agents in other jurisdictions. The research was carried out using a qualitative approach, consulting primary and secondary sources, and has an analytical-descriptive purpose. The results suggest that the WHO has adopted soft policy diffusion mechanisms, with an emphasis on learning and socialization, disseminating technical-scientific knowledge and sharing good practices to overcome the political-institutional challenges related to the issue. The coordination function is evidenced by the exploratory surveys of the progress made towards implementation, the challenges regarding adoption in member states' health systems, as well as the recent establishment of the WHO World Center for Traditional Medicine.

Keywords: International organizations; World Health Organization; International cooperation; Integrative healthcare practices

¹ Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Pelotas; Preceptora, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. kelenmcerqueira@gmail.com,  <https://orcid.org/0009-0005-0564-0220>

^{II} Doutora em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília; Professora, Pesquisadora, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. silvana.schimanski@ufpel.edu.br,  <https://orcid.org/0000-0002-9405-4653>

INTRODUCTION

Este artigo tem por objetivo geral identificar os instrumentos de difusão política adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre as práticas tradicionais e complementares à saúde. A literatura internacional reconhece como medicina tradicional (“*traditional medicine*”) ou medecinas complementares (“*complementary medicine*”) (CHOI, 2009; GALE; McHALE, 2015; WHO, 2024a), aquelas que abrangem um conjunto de abordagens não amparadas no modelo biomédico hegemônico (da Biomedicina também conhecida como medicina ocidental ou medicina convencional).

Considerando que a medicina ocidental tem dominado os diferentes sistemas de saúde do mundo, termos como ‘tradicional’, ‘complementar’ e ‘alternativas’ são utilizados para descrever ‘outros’ sistemas, práticas e produtos de cuidados em saúde (GALE; McHALE, 2015). Assim, nos países com sistemas de cuidados em saúde baseados na medicina ocidental, ou onde a medicina tradicional não foi incorporada, sua caracterização se vale de termos como medicina “complementar” ou “não-convencional” (CHOI, 2009).

O Brasil, por exemplo, possui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), que reconhece as seguintes abordagens terapêuticas: Acupuntura, Homeopa-

tia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo (desde 2006); Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, (desde 2017); Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de florais, (desde 2018) (BRASIL, 2024).

No mundo, observa-se um aumento significativo no interesse da população pelas práticas tradicionais ou complementares em saúde. Segundo dados da OMS, mais de 70% da população mundial acessa tais práticas na atenção primária. Nos países desenvolvidos, existe um crescimento desse modelo de cuidado, onde mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuárias de PICS (CONTATORE *et al.*, 2015).

Trata-se de uma temática sensível que assume relevância no âmbito político, seja por sua regulação, promoção ou oferta nos sistemas públicos de saúde (CERQUEIRA, 2023). Um dos maiores desafios reside em encontrar um equilíbrio entre as perspectivas defensoras e críticas dessas abordagens. Por um lado, se reconhece a sua potencial contribuição para a prevenção ou convivência com diferentes situações em saúde, acolhendo as múl-

tiplas dimensões dos pacientes, por uma lógica de construção de laços terapêuticos e cuidado (MARTINS, 2003). Por outro lado, a implementação de determinadas práticas nos sistemas públicos é criticada porque “[...] não têm resolubilidade e não têm fundamento na Medicina Baseada em Evidência (MBE) – ou seja, ignoram a integração da habilidade clínica com a melhor evidência científica disponível” (CFM, 2018, n.p.).

É nesse contexto que olhar para a atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o tema se justifica. A OMS foi estabelecida no ano de 1948, como uma agência governamental especializada no seio da Organização das Nações Unidas (ONU), com o objetivo de promover a cooperação internacional em ações de saúde. Apesar do seu caráter técnico, o preâmbulo da sua Carta Constitutiva – chamada de Constituição – prevê que: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 2024, n.p., tradução livre). A partir dessa ampla concepção, convém verificar como a medicina tradicional e complementar [tem sido abordada pelos seus Estados-membros.

Parte-se da premissa de que as organizações internacionais governamentais são agentes com potencial contribuição para a difusão de políticas, uma vez que no contexto global, a difusão dos fluxos de ideias ocorre tanto do nível domésti-

co para o internacional, quanto ao contrário, por meio da utilização de distintos mecanismos (DOLOWITZ; MARSH, 1996, 2000; JAKOBI, 2009; GRAHAM; SHIPAN; VOLDEN, 2013; FARIA, 2018; OLIVEIRA; PAL, 2018). O conceito permite formular a seguinte pergunta: quais mecanismos de difusão política têm sido adotados pela OMS, quanto às práticas tradicionais e complementares à saúde?

A pesquisa de abordagem qualitativa foi desenvolvida pela consulta a fontes primárias e secundárias e sua finalidade é analítico-descritiva. Além desta introdução e das considerações finais, o trabalho está dividido em duas partes. A primeira apresenta os conceitos que fundamentam a pesquisa e a segunda descreve e analisa os mecanismos de difusão política no âmbito da OMS sobre o escopo temático. O estudo permite considerar que a OMS tem atuado por meio de mecanismos de difusão política brandos, com ênfase no aprendizado e socialização, disseminação de conhecimentos técnico-científicos e compartilhamento de boas práticas para superação dos desafios político-institucionais relacionados à temática. A função de coordenação se evidencia por levantamentos de progressos e desafios quanto à adoção nos sistemas de saúde dos Estados-membros, bem como, pelo estabelecimento, no ano de 2022, do Centro Mundial de Medicina Tradicional da OMS.

DIFUSÃO POLÍTICA INTERNACIONAL

No contexto contemporâneo, as diversas fases do ciclo de políticas públicas são influenciadas pelas dinâmicas do cenário internacional. Entende-se que a difusão política ocorre quando as políticas de arranjos administrativos ou instituições de um período ou lugar, são transferidas - integralmente ou com adaptações - para arranjos administrativos ou instituições de outro período ou lugar (DOLOWITZ; MARSH, 1996; 2000; GRAHAM; SCHIPAN; VOLDEN, 2013). Como, praticamente, nenhum país está isolado em suas relações, as interações promovidas no ambiente das instituições internacionais chamaram a atenção dos referidos autores.

Os estudos de Dolowitz e Marsh (1996; 2000) foram precursores nesta área, caracterizando a atuação de agentes de transferência, entre os quais os *think-tanks*, atores não governamentais e organizações internacionais. Embora atualmente se reconheça a multiplicidade de agentes que atuam por complexos fluxos (OLIVEIRA; PAL, 2018; OLIVEIRA, SARAIVA, SAKAI, 2020), destaca-se a utilidade da proposta para a orientação de determinados recortes.

A adesão dos Estados às organizações internacionais, contribuem para a cooperação internacional, por meio da socialização das suas interações e pelo estabelecimento de um conjunto de

normas, regras ou padrões, que influenciam o comportamento doméstico dos Estados (PUTNAN, 2010). O cenário, cada vez mais internacionalizado dos debates sobre os mais diferentes assuntos, tornou o processo de difusão política, resguardadas suas formas e graus, quase onipresente nos mais variados assuntos (FARIA, 2018).

Robert Putnam (2010) utilizou a metáfora dos “jogos de dois níveis” para as interações que ocorrem nos processos políticos contemporâneos: no nível nacional (nível II) (os grupos que pressionam os governos em defesa dos seus interesses); no nível internacional (nível I) os governos buscam satisfazer as pressões domésticas, enquanto minimizam as consequências adversas das evoluções externas. O jogo em tabuleiro duplo permite avaliar oportunidades e desafios para os processos de que autor chama amplamente de “ratificação”:

A “ratificação” pode envolver um processo formal de votação no nível II, como [...] para a ratificação de tratados, mas eu uso o termo genericamente me referindo a qualquer processo decisório no nível II que seja necessário para endossar ou implementar um acordo formal ou informal do nível I (PUTNAN, 2010, p. 153).

Por um lado, os Estados nacionais têm se inspirado aproveitando informações obtidas em suas interações em diversos ambientes, inclusive das Organizações Internacionais Governamentais,

movimento que se tornou mais fácil pelas comunicações entre políticos, servidores de diferentes países, comunidades epistêmicas, coalizões de *advocacy* (DOLOWITZ; MARSH, 2000). Ao mesmo tempo, o processo de formulação de políticas públicas doméstico influencia e é influenciado, por diálogos do ambiente internacional, ao invés considerar unicamente os fatores e debates domésticos (ZAEI, 2014; OLIVEIRA; PAL, 2018; OLIVEIRA, SARAIVA, SAKAI, 2020).

A intensificação dos fluxos informacionais acontece pela conexão das políticas domésticas às internacionais através da transferência, difusão ou circulação de políticas (OLIVEIRA; PAL, 2018). Faria (2018, p. 32) explica que, ainda que não haja consenso na literatura, a influência internacional nas políticas públicas tem sido observada por “[...] dois paradigmas distintos, mas em certa medida complementares: o da transferência e o da difusão de políticas”.

O primeiro se concentra nos casos em que um Estado traz para o ambiente doméstico conhecimentos sobre políticas e programas que existem no exterior, seguindo as mesmas normas e diretrizes. Os estudos de difusão focam no modo como inovações, políticas e programas se espalham de uma entidade governamental para outra (FARIA, 2018). A circulação política, por sua vez, abrange processos difusos e multidirecionais (OLIVEIRA, SARAIVA, SAKAI, 2020). Opta-se pela utilização do

termo difusão política de forma geral, por refletir os fluxos possíveis e pela complementariedade das referidas perspectivas.

As organizações internacionais governamentais - como, por exemplo, as agências especializadas das Nações Unidas - desempenham, um papel de disseminadoras de ideias, programas e instituições ao redor do mundo e tais organizações influenciam políticas públicas, domésticas em diferentes níveis por meio das informações divulgadas em suas conferências e relatórios e outros mecanismos. E dependendo da situação ou tema envolvido, oito aspectos podem ser transferidos: objetivos políticos, conteúdos de políticas, instrumentos políticos, programas¹, instituições, ideologias, ideias e atitudes (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Dolowitz e Marsh (1996; 2000) focaram no relacionamento entre processos de transferências voluntárias (necessidade, aprendizado, desejo de aceitação internacional) e coercitivas (resultante de tratados e outros instrumentos internacionais vinculativos), entendendo que a adoção de determinadas políticas por um número diferente de países e subsequentes adaptações domésticas, ilustra a prevalência dos distintos processos que envolvem os desafios associados à sua implementação doméstica.

Os autores também reconhecem que os espaços internacionais não são apenas fontes de pressão de transferência política para os países.

Para os autores, as interações globais e foros de comunicações - especialmente no âmbito das organizações internacionais - permitem trocas de ideias e conhecimentos disponíveis para formuladores de políticas públicas e tomadores de decisão, os quais frequentemente buscam em outras jurisdições e sistemas políticos conhecimentos e ideias sobre instituições, programas e políticas e seu funcionamento (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Dessa forma, os autores chamam a atenção para o caráter multinível da difusão política, uma vez que seus formuladores, atualmente, devem considerar informações e oportunidades discutidas em três níveis de governança: o internacional, o nacional e o local. Dessa forma, unidades subnacionais podem contribuir com importantes lições, tanto para outras unidades, para governos nacionais ou debates internacionais, assim como variações nesse fluxo. Para os autores, há basicamente, quatro possibilidades de graus de transferências: 1) cópia, que envolve uma transferência completa de uma jurisdição para outra; 2) emulação, que envolve transferência das ideias por trás da política ou programa; 3) combinações, as quais envolvem misturas de diferentes políticas; 4) inspiração, quando a política em outra jurisdição pode inspirar uma mudança política, mas o resultado não se baseia no original (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Vale também destacar que a difusão pode ser estimulada a partir de diferentes mecanismos

adotados por diferentes agentes. Quando há organizações internacionais envolvidas nos processos, há de se observar se a transferência ocorre de forma voluntária ou coercitiva. Quando há a necessidade de ratificação e implementação doméstica assumida por meio de obrigação vinculativa assumida. Para os autores, a transferência coercitiva também ocorre quando a adoção decorre de condicionalidades ou contrapartidas sobre mecanismos de apoio financeiro. Ao mesmo tempo, quando essas mesmas organizações mantêm conferências ou emitem relatórios, é mais provável que leve a uma forma voluntária de transferência de política (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

O estudo de Jakobi (2009) oferece uma tipologia, que pode ser empregada a diferentes organizações que atuam nos diversos campos das políticas públicas, além de contemplar a organizações internacionais que dispõem de maior ou menor capacidade de constrangimento sobre os Estados nacionais. Seu modelo considera cinco diferentes mecanismos pelos quais as organizações internacionais atuam nos processos de difusão: i) disseminação discursiva; ii) formação de padrões; iii) funções de coordenação; iv) meios econômicos; v) assistência técnica. O Quadro 1 apresenta, as principais funções de cada um dos mecanismos.

A disseminação discursiva consiste, basicamente, no compartilhamento de ideias e boas práticas e sua função é ampliar o conhecimento e as

discussões sobre temáticas naquele espaço. A função da formação de padrões visa a prescrição de determinados comportamentos, portanto, está relacionada à capacidade de regulação. A formação de padrões é observada quando uma organização internacional atua, junto dos seus membros, na elaboração de convenções, regras, recomendações ou tratados (JAKOBI, 2009).

A função coordenativa visa o estabelecimento de ferramentas de monitoramento acerca da implementação de determinadas políticas, programas ou instrumentos jurídicos; ou resultados e conquistas. Essa função, normalmente é observada quando uma organização internacional elabora de *rankings* e comparações, “*naming and shaming*”, inspeções; ou coleta de dados dos membros para elaboração de relatórios e documentos (JAKOBI, 2009). Esses dados, podem, inclusive, evidenciar a necessidade de determinados membros carecerem de assistência financeira ou técnica, para a implementação.

Enquanto a assistência técnica, acontece a partir de treinamentos e capacitações das equipes envolvidas no processo, reforçando as capacidades para a implementação de medidas, o apoio financeiro se caracteriza pelo direcionamento de doações ou financiamentos para determinados projetos (JAKOBI, 2009).

Quadro 1 – Tipologia de mecanismos

Mecanismos	Funções	Descrições
a) Disseminação Discursiva	Instituir ideias	Compartilhamento de ideias e boas práticas. Ampliar os conhecimentos sobre o tema, aderência aos objetivos da organização.
b) Formação de Padrões	Condicionar comportamentos	Normas e regras para executar decisões coletivas, tanto vinculativas quanto não vinculativas.
c) Função de Coordenação	Vigilância e monitoramento	Explorar o progresso dos países sobre determinadas políticas, por meio de <i>rankings</i> , relatórios, etc. .
d) Meios Econômicos	Incentivos financeiros	Transferências financeiros de uma organização para um país para incentivar programas ou políticas.
e) Assistência Técnica	Apoio às estruturas	Ajuda e incentivo à capacidade de um Estado para alcançar o objetivo determinado, como programas de apoio social a nível nacional.

Fonte: Adaptado a partir de Jakobi (2009, p. 34-36)

No estudo de Graham, Schipan e Volden (2013) os pesquisadores consolidaram os resultados de inúmeros estudos em quatro categorias de mecanismos de difusão política, reconhecendo que não são exaustivas. Foram categorizados: i) aprendizado, ii) competição; iii) coerção iv) socialização. Nessas categorias, os autores basicamente excluem a assistência técnica e financeira como mecanismos separados, deixando implícita a possi-

bilidade de incluí-las nos demais grupos.

Afirma-se que há relativo consenso na literatura quanto à difusão política através do aprendizado, isto é, quando os formuladores de políticas buscam aprender com experiências de outros governos (GRAHAM; SCHIPAN; VOLDEN, 2013). Ou seja, quando uma política é considerada efetiva para determinado problema, o fluxo natural seria que outros agentes dela se apropriassem para diagnosticar a viabilidade de adoção.

Os mecanismos de competição, na interpretação dos autores, ocorreria mais no sentido de cada agente adotar políticas a fim de serem mais atrativos economicamente ou evitar evasão ou perdas para outros. Os mecanismos de competição tendem a ser caracterizados por interações estratégicas entre agentes, associadas à corrida por inovações supostamente capazes de tornar territórios mais ativos (GRAHAM; SCHIPAN; VOLDEN, 2013).

Quanto aos mecanismos de coerção, afirma-se que ocorre por meio da pressão sobre a adoção e implementação de determinadas políticas e compromissos assumidos. Pode acontecer, inclusive, por parte de instituições financeiras, como as agências e organismos internacionais, que propõem certas reformas ou sanções em troca de empréstimos. Ou seja, abrangem uma ampla gama de atividades, desde o exercício regulatório até as contrapartidas para a recepção subsídios ou apoio financeiro (GRAHAM; SCHIPAN; VOLDEN, 2013).

Os autores também destacam a socialização como um mecanismo relevante, pois permite que alguns agentes se tornem lideranças positivas sobre determinadas políticas, que podem inspirar outros atores a emular suas soluções. Trata-se, também, da tentativa de imitar padrões para legitimar a aproximação a agentes ou indivíduos com mais poder, produzindo uma boa imagem (GRAHAM; SCHIPAN; VOLDEN, 2013).

Os mecanismos de difusão política, de uma forma geral, são utilizados de forma concomitante. Entende-se que os distintos mecanismos são mais complementares entre si, do que substitutos, sua utilização costuma variar de acordo com os avanços relacionados ao tema nas agendas internacionais ou domésticas. Outro ponto relevante nos processos de difusão política, é que as próprias políticas influenciam nos processos de difusão (SCHIPAN; VOLDEN, 2012).

Destaca-se que as políticas são diferentes em inúmeras formas e que suas particularidades e atributos impactam para acelerar ou retardar os processos de difusão. Considerando cinco dimensões de atributos, como a complexidade (ou facilidade de implementação); compatibilidade com valores e necessidades; observabilidade dos seus efeitos, vantagens relativas com relação a políticas prévias; e experimentabilidade quanto ao grau em que tal política pode ser testada ou oferece possibilidades de ensaio (MAKSE; VOLDEN, 2011). Para

os autores, aquelas políticas que permitem observabilidade, vantagens relativas e experimentabilidade têm maiores chances de difusão.

A OMS E AS MEDICINAS TRADICIONAIS E COMPLEMENTARES

As Organizações Internacionais Governamentais (OIGs) são estabelecidas entre Estados, que firmam entre si tratados formalizando seus vínculos de cooperação para os objetivos e escopo previstos no referido documento, bem como, atribuindo a sua personalidade jurídica, seus órgãos, mecanismos de processo decisório, sua sede, entre outros aspectos. Por meio das dinâmicas de interações regulares que se estabelecem nesses espaços, os Estados tornam-se socializados, compartilhando informações, estabelecendo processos de análise e vigilância e, mesmo, acordando normas e regras – que proíbem, exigem ou permitem determinadas ações - coordenando o comportamento internacional (MARTIN; SIMMONS, 2013).

É comum que se classifique como OIGs técnicas aquelas cuja finalidade é a cooperação sobre uma área temática específica, como é o caso da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de uma OIG estabelecida formalmente quando a sua Constituição entrou em vigor, em 7 de abril de 1948 (fruto da Conferência Internacional de Saúde de Nova York, de 1946) (WHO, 1946). Atualmente,

composta por 194 Estados-membros, sua página na internet informa que sua “função central é direcionar e coordenar o trabalho internacional de saúde por meio da colaboração” (WHO, 2024b, n.p.).

Buscando sintetizar as funções da OMS, Ventura e Perez (2014) caracterizaram três grandes categorias: i) a institucionalização da vigilância epidemiológica e sanitária; ii) elaboração de um conjunto de normas, regras e padrões; iii) intervenções e estudos sobre questões sanitárias. Vale ressaltar que a Constituição da OMS dá à Assembleia² o poder para a adoção de três tipos de instrumentos normativos: Acordos ou Convenções (art. 19); Regulamentos (art. 21); e Recomendações (art. 23). Dentro dessa estrutura, os Acordos, Convenções e Regulamentos possuem caráter legalmente vinculativo para os Estados-Membro³, enquanto as Recomendações possuem caráter não vinculativo. A prática da OMS é fortemente voltada para as Recomendações e outros mecanismos voluntários e brandos de difusão política.

Quanto à primeira função, está diretamente atrelada à forma mais institucionalizada de prevenção, proteção e resposta à disseminação de patologias, sendo o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) o instrumento jurídico que estipula direitos e obrigações dos Estados frente a eventos de saúde que possam representar ameaças para a população em qualquer parte do mundo. Além do referido Regulamento, a OMS também adota o Re-

gulamento de Nomenclatura para a compilação e a publicação de estatísticas de doenças e causas de morte (de 22 maio de 1967), conhecido como Regulamento de Nomenclatura da OMS. São, portanto, mecanismos de difusão política coercitivos, uma vez que a formulação de políticas públicas domésticas sobre o tema, deverá incorporar as obrigações assumidas internacionalmente.

A segunda função da OMS está relacionada ao pilar regulatório que possibilita que os Estados-membros realizem negociações para a elaboração Convenções ou Acordos, que adotados em Assembleia, passam a vigorar quando ratificados domesticamente, pelos processos constitucionais dos Estados-membros. Vale mencionar que a única Convenção adotada foi a Convenção-Quadro da OMS para o controle de Tabaco (WHO FCTC), em maio de 2003, em vigor desde fevereiro de 2005⁴ (INCA, 2015). Além desses instrumentos – coercitivos a partir da sua ratificação - a OMS também produz uma série de regras brandas, por meio de recomendações, padrões, guias e boas práticas. As regras brandas são consideradas mecanismos voluntários de difusão política, já que cada Estado-membro possui flexibilidade quanto à implementação das propostas no território doméstico, adaptando, emulando, entre outras formas.

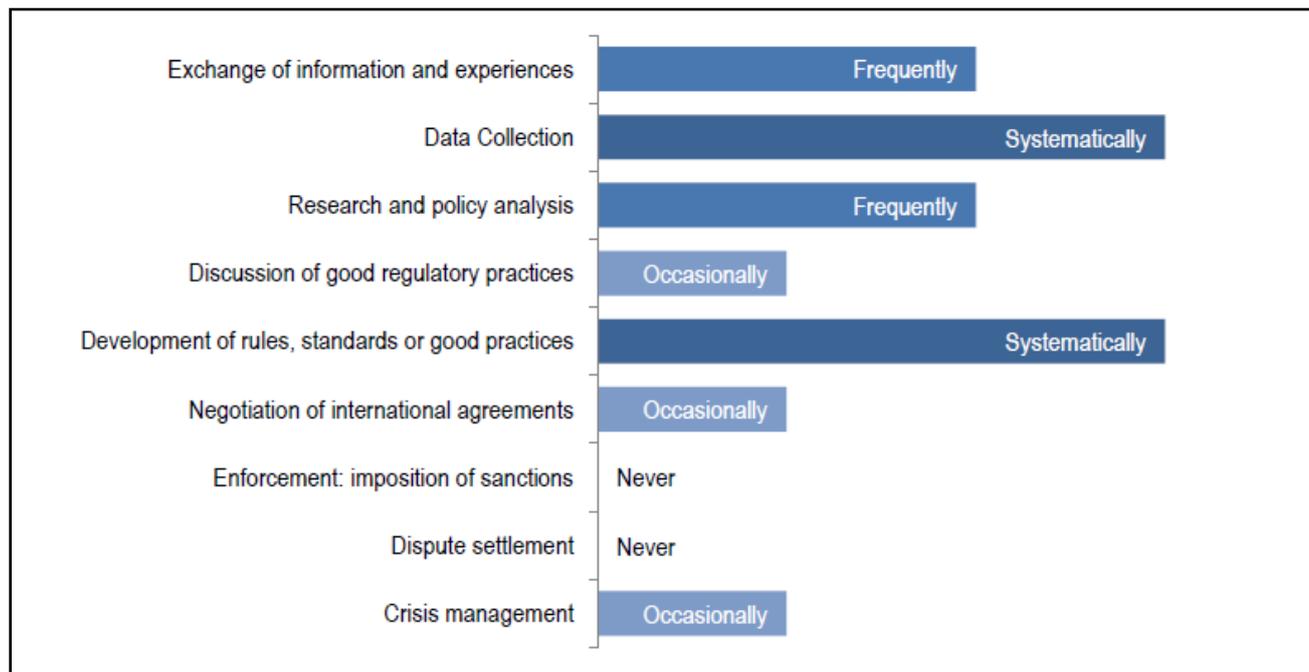
A terceira função da organização vincula-se às intervenções e estudos sobre questões saúde pública. São definidos e implementados programas

para informação e combate de doenças infecciosas, doenças transmissíveis ou não transmissíveis, bem como para o desenvolvimento dos serviços dos setores de saúde de uma forma geral. Também atua na oferta de assistência técnica aos países menos desenvolvidos, para o alcance de padrões regulatórios para produtos e serviços de emergência, medicamentos, diagnósticos. Ainda nessa função, a OMS contribui com a elaboração de estudos e relatórios sobre questões de saúde pública, com o objetivo de consolidar e disseminar informações, propondo estratégias aos Estados-membros e atores sociais (WHO, 2024c). Nesse contexto, se observa a utilização de mecanismos voluntários de difusão política, pelo estímulo ao aprendizado, socialização de informações e iniciativas coordenadas entre os Estados-membros.

A Figura 1 ilustra as atividades realizadas com maior frequência no âmbito da OMS. Verifica-se que as atividades para a troca de informações, experiências, pesquisas e análises de dados são as mais frequentes. As ações realizadas de forma sistemática consistem em coleta de dados e desenvolvimento de regras, padrões e boas práticas. Ocasionalmente a OMS atua na negociação de tratados internacionais e na gestão de crises (como foi a crise pela pandemia de Covid-19).

Segundo o levantamento da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OECD, 2016), as diferentes organizações inter-

Figura 1 – Atividades dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS)



Fonte: OECD (2016, p. 2)

nacionais governamentais estão envolvidas na promoção da cooperação internacional regulatória por meio das suas atividades para a negociação e definição de padrões e regras. Nota-se que tais organizações são ativamente envolvidas com as trocas de informações, coleta de dados e o desenvolvimento de padrões e boas práticas (mecanismos brandos de difusão política) e que os Estados-membros são mais resistentes em renunciar sua autonomia para instrumentos regulatórios vinculativos (mecanismos coercitivos de difusão política). Nesse contexto, os mecanismos brandos são importantes pois, assim como ocorre na OMS, configuram um foro privilegiado para as interações políticas que, para muitos, favorecem o aprendizado e a coordenação gradual de ações, a coleta e

consolidação de dados, troca de informações e análises técnico-científicas, desenvolvimento de estratégias conjuntas e a adoção de padrões ou boas práticas.

As discussões sobre práticas de medicina tradicional ou complementares em saúde, no seio da OMS, iniciaram em 1969, quando na 22ª Assembleia Mundial da Saúde, observou-se que o uso generalizado de medicamentos tradicionais, em diferentes países, era um assunto carente de estudos que pudessem garantir sua eficácia e segurança (WHO, 1969). Naquele contexto, se discutiam as organizações dos sistemas de saúde e as diferenças sobre as formas de cuidado eram evidentes, especialmente, entre os países desenvolvidos e os menos desenvolvidos. No ano de 1976

teve início o Programa da OMS sobre Medicina Tradicional para avançar sobre o tópico.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, deliberou-se que os Estados-membros pudessem desenvolver políticas, em seus sistemas públicos de saúde, considerando as práticas tradicionais, bem como, a necessidade de equipes multidisciplinares para o trabalho em saúde. O parágrafo VII da Declaração sobre os cuidados primários em saúde registra:

[...] baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, **nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais**, conforme seja necessário, convenientemente **treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde** e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade. (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, p. 2, grifo nosso).

O evento de Alma-Ata aconteceu em uma conjuntura em que se observava um movimento mundial de iniciativas nacionais e em contextos particulares de experiências em atenção primária à saúde, que foram discutidas e reconhecidas como importantes possibilidades de aprimoramento das estratégias de cuidado em saúde. Muitas práticas, fundamentadas em outras racionalidades médicas

diferentes da Biomedicina – como a Medicina Tradicional Chinesa, a Fitoterapia, Medicina Ayurveda, entre outras - estavam atingindo resultados positivos em alguns países (CHOI, 2009).

Ao longo dos anos, o tema esteve presente nas discussões registradas nos textos das resoluções e, mais recentemente, pela aprovação de duas estratégias globais. De uma forma geral, ao longo dos anos as resoluções reconhecem o potencial, mas reforçam a necessidade de maiores investimentos e estudos pelos Estados-membros, registrando a relativa preocupação quanto à carência de evidências científicas sobre tais práticas. Também são registradas demandas por regulação, relatórios de progressos, até mesmo, exploração dos seus produtos (GLASS; LIMA, 2021).

Em 1998, a equipe do Programa sobre Medicina Tradicional estabelecido na OMS, publicou um documento consolidando informações sobre práticas regulatórias relacionadas às ervas medicinais de uma amostragem de 54 Estados-membros, destacando a necessidade de ampliar informações sobre a segurança e a eficácia desses itens. Na introdução do documento destaca-se a sua circulação como um mecanismo de disseminação discursiva e de aprendizagem: “[...] objetivo do presente documento é partilhar as experiências nacionais na formulação de políticas relativas aos medicamentos tradicionais e na introdução de medidas para o seu registo e regulamentação, bem como

facilitar o intercâmbio de informações sobre estes assuntos entre os Estados-Membros.” (WHO, 1998, p.1, tradução livre).

Em 2001, após quase dez anos de pesquisas⁵, foi possível a publicação do relatório global “*Status Legal da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa: uma Revisão Mundial*”. Trabalhando com dados de 191 Estados-membro, foi a pesquisa de maior fôlego realizada sobre as políticas domésticas para o escopo temático. O documento também evidencia características do mecanismo de aprendizagem ou disseminação discursiva:

Como se pode ver nesta análise, o reconhecimento e a regulamentação nacionais da medicina tradicional e complementar/alternativa variam consideravelmente. A Organização Mundial de Saúde trabalha com os países para desenvolver as políticas mais adequadas às suas situações. Este documento fornece informações sobre o estatuto jurídico da medicina tradicional e complementar/alternativa numa série de países. Destina-se a facilitar o desenvolvimento de quadros jurídicos e a partilha de experiências entre países, apresentando o que alguns países fizeram em termos de regulamentação da medicina tradicional e complementar/alternativa. (WHO, 2001, p. ix, tradução livre)

Os documentos supracitados também evidenciam os primeiros esforços da função de coor-

denação da OMS, no sentido de manter-se como agente central nos estudos exploratórios em torno dos progressos dos Estados-membros, quanto às suas políticas domésticas relacionadas ao tema, no sentido de monitorá-lo. O Quadro 2 reúne informações sobre os principais documentos orientadores das ações dos anos subsequentes: a primeira estratégia global, para o período de 2002-2005 (WHO, 2002); a segunda estratégia para o período de 2014-2023 (WHO, 2013). Os fragmentos dos textos extraídos dos documentos demonstram seu papel orientador para inspirar a formulação de políticas domésticas, de forma voluntária e flexível.

O Plano de Ação proposto para o período de 2002-2005 orientou os Estados-membros a atuarem em quatro pilares. O primeiro, sugeriu a integração de tais abordagens aos sistemas nacionais de saúde, quando apropriado, através da implementação de políticas nacionais e programas. O segundo, estimulou a promoção dos mecanismos de segurança, eficácia e qualidade das práticas tradicionais ou complementares, visando contribuir com a ampliação da base de conhecimentos. O terceiro foi o estímulo à disponibilidade e acesso das práticas, com ênfase às populações mais vulneráveis economicamente.⁶ O quarto pilar esteve relacionado ao uso racional das abordagens, à promoção da capacitação dos fornecedores para a correta utilização dos produtos e terapias, bem como pelo aumento da capacitação dos usuários, para

tomarem decisões informadas (WHO, 2002).

Quadro 2 – Objetivos das Estratégias da OMS para a Medicina Tradicional

Documento	Objetivo
<i>WHO Traditional Medicine Strategy</i> 2002-2005	<p>“Por conseguinte, é oportuno que a OMS defina o seu papel na MT/MCA, desenvolvendo uma estratégia para abordar questões de política, segurança, eficácia, qualidade, acesso e utilização racional da medicina tradicional, complementar e alternativa.” (WHO, 2002, p. 1, tradução livre).</p> <p>“A Estratégia da OMS para as Medicinas Tradicionais 2002-2005 analisa a situação das MT/CA a nível mundial e descreve o papel e as atividades da OMS nas MT/CAM. Mas, mais importante ainda, fornece um quadro de ação para a OMS e os seus parceiros, com o objetivo de permitir que as MT/CA desempenhem um papel muito mais importante na redução do excesso de mortalidade e morbilidade, especialmente entre as populações</p>
<i>WHO Traditional Medicine Strategy</i> 2014-2023	<p>“A estratégia visa apoiar os Estados-Membros no desenvolvimento de políticas proativas e na implementação de planos de ação que reforcem o papel que a medicina tradicional desempenha na manutenção da saúde das populações. Ao abordar os desafios, responder às necessidades identificadas pelos Estados-Membros e basear-se no trabalho realizado no âmbito da estratégia da OMS para a medicina tradicional: 2002-2005, a estratégia atualizada para o período 2014-2023 dedica mais atenção do que a sua antecessora à prioridade aos serviços e sistemas de saúde, incluindo produtos, práticas e profissionais de medicina tradicional e complementar.” (WHO, 2013, p. 8, tradução livre).</p>

Fonte: Autoras (Adaptado de WHO, 2002; WHO, 2013)

No ano de 2004 foi publicado um documento com orientações sobre ações informativas e estratégias de comunicação aos usuários, acerca da utilização correta da medicina tradicional, com-

plementar e alternativa (*“WHO Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine”*) (WHO, 2004). O próprio documento menciona

que seu objetivo é fornecer orientações técnicas que pudessem auxiliar os Estados-Membros a desenvolverem informação contextualizada e confiável para o grande público, estimulando a colaboração com pesquisadores, profissionais e instituições representativas.

Em novembro de 2008 foi realizado o Congresso da OMS sobre Medicina Tradicional, em Pequim-China. Com a participação de representantes de mais de 70 Estados-membros, ao final dos eventos os participantes elaboraram a “Declaração de Pequim”, na qual defendem a promoção do uso seguro e efetivo das medicinas tradicionais, reforçando o chamado para que os Estados-membros da OMS e outras partes interessadas a tomem providências para a integração da medicina tradicional e das medicinas e complementares nos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2008). É possível considerar o evento como um mecanismo de socialização, incluindo um Estado-membro como uma liderança positiva no contexto de tais políticas.

No ano seguinte, a resolução da Assembleia Mundial da Saúde, notou os progressos realizados para a inclusão da medicina tradicional nos sistemas de saúde, através dos esforços para a implementação das ações propostas pela estratégia do período de 2002-2005. Se reconheceu que, de acordo com as capacidades, prioridades, legislação e circunstâncias de cada Estado-membro, considerassem a adoção e a implementação das recomen-

dações da Declaração de Pequim. E o importante é que foi nessa Assembleia que foi solicitada a atualização da estratégia global, com base nos progressos já realizados pelos Estados-membros e os novos desafios no campo (WHO, 2009).

A apresentação da estratégia 2014-2023, destaca o seu compromisso com o apoio às lideranças na promoção das medicinas tradicionais complementares para a saúde, o bem-estar e os cuidados de saúde centrados nas pessoas e na promoção da utilização segura e eficaz, através da regulamentação de produtos, práticas e profissionais. As metas foram promovidas por meio do estímulo à implementação de três objetivos estratégicos: i) construir a base de conhecimentos e formular políticas nacionais; ii) reforçar a segurança, a qualidade e a eficácia através da regulamentação; e iii) promover a cobertura universal de saúde através da integração das abordagens terapêuticas propostas nos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2013).

Em maio de 2023, na Assembleia Mundial da Saúde decidiu-se pela prorrogação da estratégia da OMS até 2025. Com base na atual estratégia e em consulta com os Estados-membros e partes interessadas, um projeto de nova estratégia global para o período 2025-2034 deverá ser elaborado e encaminhado para apreciação pela 78ª Assembleia Mundial da Saúde em 2025 (WHO, 2023). Esse trabalho de consultas já iniciou e está sendo impulsionado.

nado por iniciativas do Centro de Medicina Tradicional da OMS, estabelecido em 2022 (WHO, 2024c, n.p.).

O desenho de uma nova estratégia também conta com ações características de função de coordenação, desempenhadas pela OMS junto dos seus Estados-membros, como as iniciativas para monitorar o progresso na área. Entre 2016 e 2018 foram coletados dados para contribuir com a fundamentação do desenho da nova estratégia para o próximo período. Os resultados foram divulgados no mais amplo estudo com dados consolidados sobre o tema desde o início dos trabalhos da OMS, no Relatório Global sobre Medicina Tradicional e Complementar, cuja apresentação destaca:

O monitoramento das tendências no domínio da saúde é uma função essencial da Organização Mundial de Saúde (OMS) e é fundamental para apoiar os países na elaboração de políticas e planos estratégicos baseados em dados concretos. Este relatório analisa os progressos globais em matéria de T&CM nas últimas duas décadas e baseia-se nas contribuições de 179 Estados-Membros da OMS (WHO, 2019, p. 5, tradução livre).

O estabelecimento do primeiro Centro Mundial de Medicina Tradicional da OMS, com o apoio do Governo da Índia, foi um importante passo institucional no âmbito da organização. Trata-se de uma resposta ao interesse e à procura crescen-

te pela busca das evidências nos moldes científicos convencionais. Como parte da estratégia global, “[...] foca em evidências e aprendizagem, dados e análises, sustentabilidade e equidade, e inovação e tecnologia para otimizar a contribuição da medicina tradicional para a saúde global e o desenvolvimento sustentável” (WHO, 2024c, n.p., tradução livre). O Centro também pode ser compreendido como um mecanismo de socialização, facilitado por um Estado-membro, para interações mais constantes entre os agentes.

Organizado os eventos, fortalecendo redes de colaboração, entre outras atividades, a institucionalização do Centro configura um importante passo quanto a um dos desafios basilares sobre a temática, desde o início das discussões na OMS: os atributos próprios do tema quanto à carência de estudos e evidências científicas. Nesse sentido, também se nota que houve aceleração na publicação de diretrizes com padrões e informações sobre algumas práticas, já que o escopo temático abrange um universo de práticas muito distintas entre si.

Entre o ano de 2022 e 2023, por exemplo, foram publicadas terminologias-padrão internacionais da OMS sobre: medicina Siddha, Ayurveda, Unani, Medicina Tradicional Chinesa; e parâmetros de referência da OMS para a prática e treinamento em: Ayurveda, Unani, Tuina, Acupuntura. Tais documentos visam apoiar decisores políticos, profissionais da saúde, pesquisadores, usuários e o am-

plo público, a partir da adoção de terminologias, conceitos, definições e entendimentos comuns. Desta forma, espera-se melhorar a qualidade dos dados dos registros médicos e a qualidade das informações compartilhadas internacionalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho investigou papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação às práticas tradicionais e complementares de cuidados, conhecidas no Brasil como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Por abranger práticas e produtos de cuidados não inseridos na medicina convencional ou Biomedicina, esse escopo de abordagens terapêuticas de cuidado carece ainda de uma série de pesquisas, inclusive sobre as suas dinâmicas políticas.

Foram adotados os conceitos da própria OMS, que entende Medicina Tradicional como as práticas ancestrais de cuidados de diversos povos; e Medicina Complementar como o amplo conjunto de práticas de cuidados que não fazem parte da medicina tradicional, da própria tradição ancestral ou cultural de um país, tampouco, são integrados aos sistemas nacionais de saúde. Tais práticas foram resgatadas do espaço onde ficaram após o advento da racionalidade biomédica, não por sua promessa de cura, mas por devolver um olhar sensível para as diferentes formas de cuidado possí-

veis, que contemplam os indivíduos na sua integridade, fundamentadas por outros saberes.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde da OMS, realizada em Alma-Ata, em 1978, provocou para a possibilidade de integrar diferentes tipos de cuidados, respeitando suas peculiaridades, crenças e pertencimento. Experiências em saúde fundamentadas em outras racionalidades médicas chamaram a atenção para a necessidade de maior conhecimento sobre o assunto. Ainda que em muitas passagens dos documentos consultados, se note o reconhecimento do papel das abordagens para o cuidado individualizado e holístico, os fundamentos biomédicos de saúde têm sido traduzidos no argumento da carência de estudos e evidências científicas para determinadas práticas.

A OMS, como uma organização internacional governamental, toma suas decisões a partir das regras estabelecidas na sua Constituição. O tema, ao longo dos anos, tem sido pautado e discutido nas Assembleias por seus Estados-membros. Os encaminhamentos para a ação têm sido adotados por meio de mecanismos de difusão política com características mais brandas, caminho quase natural para um escopo temático que enfrenta fortes resistências domésticas e internacionais. As resistências que permeiam os debates consistem, basicamente, na falta de conhecimento e estudos da formação médica convencional, por profissionais

treinados em sistemas de saúde baseados na biomedicina. Dessa forma, são levantados argumentos sobre carência de estudos científicos rigorosos que comprovem sua eficácia e segurança, bem como, carência de regulação e padrões uniformes para tais abordagens.

Os resultados revelam que as ações e iniciativas da OMS têm sido pautadas pela ênfase no estímulo ao aprendizado, socialização de informações e iniciativas coordenadas entre os Estados-membros. Os relatórios produzidos nas últimas décadas, característicos de funções coordenação, começam a apresentar resultados e tendências que têm contribuído para inspirar políticas públicas de saúde que adotem tais abordagens de cuidado. Os guias, diretrizes com padrões e informações são mecanismos que permitem que cada Estado-membro, dentro das suas possibilidades, decida sobre como utilizar tais informações em suas políticas domésticas.

Observa-se que os esforços institucionais têm se intensificado nos últimos anos, contando com o apoio de países emergentes que têm se tornado lideranças nesse contexto (Índia e China). Sugere-se que estudos futuros possam investigar os interesses e dinâmicas políticas dos referidos atores, quanto à sua atuação na esfera política da OMS. Também sugere-se que outros estudos possam acompanhar as atividades do Centro Mundial de Medicina Tradicional da OMS, que se propõe a

atuar como um importante ponto para a interlocução de múltiplos agentes com interesse sobre a temática, para o desenho da estratégia para os próximos anos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics> .

Acesso em: 26 jun. 2024.

CERQUEIRA, Kelen de Moraes. **Difusão Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: desafios na implementação na atenção primária à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas. Rio Grande do Sul, 2023. 149 p. Disponível em: <http://guaiaca.ufpel.edu.br/xmlui/handle/prefix/11102> .

Acesso em: 22 jun 2024.

CHOI, Seung-hoon. WHO Strategy and Activities in Traditional Medicine. 明治国際医療大学誌 創刊号: 19–22, 2009. Disponível em: https://www.meiji-u.ac.jp/bulletin/2009-01/06_Choi.pdf .

Acesso em: 14 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Para CFM, práticas integrativas incorporadas ao SUS não têm fundamento científico. 13/03/2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/para-cfm-praticas-integrativas-incorporadas-ao-sus-nao-tem-fundamento-cientifico> . Acesso em: 26 jun. 2024.

CONTATORE, Augusto Octávio et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, out. 2015, v.20, n. 10, p.3263-3273. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015> . Acesso em: 26 jun. 2024.

DECLARAÇÃO ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf . Acesso em 14 jun. 2024.

DOLOWITZ, David P.; MARSH, David. Who Learns What from Whom? A review of de policy transfer literature. **Political Studies**, v.44, XLIV, p. 343-357. 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x>. Acesso em: 24 jun. 2024.

DOLOWITZ, David P.; MARSH, David. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**, v. 13, n. 1, p. 5-24, 2000.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. **Políticas Públicas e Relações Internacionais**. Coleção Governo e Políticas Públicas. Brasília: Enap, 2018. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3335/4/Livro_pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas_rela%C3%A7%C3%B5es_internacionais.pdf. Acesso em: 26 jun. 2024.

GALE, Nicola K. MCHALE, Jean V. **Routledge Handbook of Complementary and Alternative Medicine Perspectives from social science and law**. Routledge: London, New York, 2015.

GRAHAM, Erin; SHIPAN, Carlos; VOLDEN, Craig. The Diffusion of Policy Diffusion Research in Political Science. **British Journal of Political Science**, v.43, n. 3, p. 673-701, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0007123412000415>. Acesso em: 26 jun. 2024.

GLASS, Letícia; LIMA Nathan; NASCIMENTO, Mathheus. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. **Revista Saúde Social**, São Paulo,

v. 30, n.2. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200260>. Acesso em: 26 jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) – Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco. 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/convencao-quadro-para-controle-do-tabaco-texto-oficial.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2024.

JAKOBI, Anja. **International Organizations and Lifelong Learning: From Global Agendas to Policy Diffusion**. Palgrave Macmillan: 2009.

MAKSE, Todd. VOLDEN, Craig. The Role of Policy Attributes in the Diffusion of Innovations. **Journal of Politics**, v.73, n. 1, p. 108–24. 2011. Disponível em: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1017/S0022381610000903> . Acesso em: 26 jun. 2024.

MARTIN, Lisa L. SIMMONS, Beth A. International Organizations and Institutions. In: CARLSNAES, Walter. RISSE, Thomas. SIMMONS, Beth A. (Ed). **Handbook of International Relations**. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington. SAGE Publications Ltd. 2013.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, Osmany Porto; SARAIVA, Camila; SAKAI, Roberta. **Difusão de políticas e cooperação para o desenvolvimento: elementos norteadores para a implementação de projetos de transferência de políticas públicas por meio da cooperação internacional**. São José do Rio Preto: Balão Editorial, 2020.

OLIVEIRA, Osmany Porto; PAL, Leslie A. Novas fronteiras e direções na pesquisa sobre transferência, difusão e circulação de políticas públicas: agentes, espaços, resistência e traduções. **Revista de Administração Pública**. v. 52, n.2, p.199-220, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.159/0034-761220180078> . Acesso em: 26 jun. 2024.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT -OECD International Regulatory Co-operation: The Role of International Organisations in Fostering Better Rules of Globalisation. OECD Publishing, Paris, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264244047-en>. Acesso em: 26 jun. 2024.

PUTNAM, Robert D. Diplomacia e política doméstica: a lógica dos jogos de dois níveis. **Revista de Sociologia e política**, v. 18, p. 147-174, 2010.

SHIPAN, Carlos; VOLDEN, Craig. Policy Diffusion: Seven Lessons for Scholars and Practitioners. *Public Administration Review*, V. 72, N. 6, p. 788–796. 2012.

VENTURA, Desiy. PEREZ, Fernanda Aguilar. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. **Lua Nova**, v. 92, p. 45-77, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/ybSFyBXTmBkBPWdj5NPqJrF/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 26 jun. 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHA 22.54**. Geneva, 1969. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/index.html>. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Constitution of the World Health Organization**. 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Regulatory Situation of Herbal Medicines A worldwide Review**. 1998. Disponível em: <https://>

www.who.int/publications/i/item/WHO-TRM-98.1. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/ Alternative Medicine: A Worldwide Review**. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42452/WHO_EDM_TRM_2001.2_eng.pdf?sequence=1 . Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EDM-TRM-2002.1> . Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine**. 2004. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42957/9241591706.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO Congress on Traditional Medicine and The Beijing Declaration**. 2008. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/74355>. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO . **Resolution WHA62.13 Traditional medicine**. 2009. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. 2013. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **WHO global report on traditional and complementary medicine 2019**. 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Decision WHA76(20) Extension of the WHO traditional medicine strategy: 2014–2023 to 2025**. 2023. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76-REC1/A76_REC1_Interactive_en.pdf. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Traditional, Complementary and Integrative Medicine**. 2024a. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1. Acesso em: 26 jun. 2024.

[health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1). Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Who we are**. 2024b. Disponível em: <https://www.who.int/about>. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Our work**. 2024c. Disponível em: <https://www.who.int/our-work>. Acesso em: 26 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO Global Traditional Medicine Centre**. 2024d. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/who-global-traditional-medicine-centre>. Acesso em: 26 jun. 2024.

ZAEI, Mansour Esmaeil. **Globalization of National Policy-Making: An International Perspective**. *Public Policy And Administration*, Mykolas Romeris University.[s.l.],v.13, n. 2, p.331-340, 2014.

NOTAS

¹Os autores distinguem políticas - como intenções amplas, que direcionam os formuladores - de programas, os quais são meios de ação específicos para implementação de políticas.

²A Assembleia (Assembleia Mundial da Saúde) é composta por delegados representando os Estados. É onde são tomadas as principais decisões. As decisões das Assembleias são encaminhadas pela Diretoria Executiva, composta por 34 membros tecnicamente qualificados em saúde, responsável pela implementação das decisões e políticas aprovadas em Assembleia, além de aconselhar e facilitar seu trabalho.

³Convenções podem ser adotadas por 2/3 dos votos da Assembleia em qualquer tópico do mandato da OMS. Como qualquer outro tratado, elas vinculam os Estados que assinam ou aderem e ratificam. Os Regulamentos, por sua vez, podem ser adotados apenas para os 5 temas elencados no artigo 21 da Constituição e vinculam automaticamente os Estados-membros da OMS, a menos que um membro os rejeite ou faça reservas especificamente. São, portanto, uma espécie *sui generis* de ato legislativo internacional, prevista na Constituição da OMS.

⁴Em junho de 2024 foi realizada a 77ª Assembleia Mundial da Saúde, na qual foi estabelecido um Comitê de Negociação intergovernamental para elaborar e negociar uma convenção, acordo ou outro instrumento internacional da OMS sobre prevenção, preparação e resposta a pandemias. Convém acompanhar esse processo a fim de verificar seus desdobramentos.

⁵Na apresentação do relatório, justifica-se a demora da seguinte forma: *“The preparation of this document took almost 10 years, largely because of a*

lack of financial resources. Not only was it difficult to obtain accurate, precise information on the policies of all of the World Health Organization’s 191 Member States, but because of the constant work of policy-makers on health-related issues, it was impossible for us to collect current data and keep it current throughout the preparation and publication process.” (WHO, 2001, p. ix)

⁶Nota-se que ao longo dos anos houve uma mudança sobre essa perspectiva. Inicialmente havia destaque para o potencial das abordagens como alternativa de tratamentos mais viáveis para territórios onde a medicina convencional não pudesse alcançar, por questões financeiras. Como demonstra a passagem do relatório: *“In some countries only US\$ 0.75 per capita per year is available for drugs expenditure. WHO will explore the potential for using accessible and affordable TM/CAM resources to combat common communicable diseases. This will include research into the most effective herbal medicines, and encouraging governments to develop strategies for protecting wild populations of medicinal plants and sustainable cultivation of such plants.”* (WHO, 2002, p. 47). A mudança decorre, por exemplo, pelo aumento da utilização de tais abordagens em países desenvolvidos, especialmente para casos crônicos ou paliativos, ilustrada pela seguinte passagem da estratégia mais recente: *“Health systems around the world are experiencing increased levels of chronic illness and escalating health care costs. Patients and health care providers alike are demanding that health care services be revitalized, with a stronger emphasis on individualized, person-centred care. This includes expanding access to T&CM products, practices and practitioners. Over 100 million Europeans are currently T&CM users, with one fifth regularly using T&CM and the same number preferring health care which includes T&CM.”* (WHO, 2013, p. 25).