

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**SAÚDE PARA TODOS: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA
GOVERNANÇA GLOBAL EM SAÚDE
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

MARIANA DA ROSA MARTINS

PORTO ALEGRE

2016

MARIANA DA ROSA MARTINS

**SAÚDE PARA TODOS: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA
GOVERNANÇA GLOBAL EM SAÚDE
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso, requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Orientadora:

Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

PORTO ALEGRE

2016

SAÚDE PARA TODOS: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GOVERNANÇA GLOBAL EM SAÚDE – RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Mariana da Rosa Martins e Cristianne Maria Famer Rocha (orientadora)

RESUMO

Os movimentos sociais, elementos fundamentais na luta pela implementação e manutenção de sistemas de saúde universais e na defesa do direito à saúde para todos, têm sua atuação ampliada no contexto da crise econômica mundial. A globalização traz um desafio à sociedade civil, o de engajar atores na formulação de políticas de alcance que vão além do âmbito local. Esse trabalho analisa as possibilidades de influência da sociedade civil nos processos decisórios da governança global na Organização Mundial da Saúde (OMS), através da abordagem do Observatório da OMS (*WHO Watch*), iniciativa do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) que se propõe a democratizar os processos decisórios da OMS. Para tanto, é feito um relato das experiências de participação no Observatório da OMS em duas ocasiões: a 53ª Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-americana de Saúde e a 136ª Reunião do Conselho Executivo da OMS. Conclui-se que os movimentos sociais trazem uma visão crítica sobre as discussões realizadas por essas órgãos intergovernamentais, promovendo a divulgação desses debates e de seus desdobramentos para além dos espaços governamentais.

Palavras chave: Participação Social, Saúde Global, Organização Mundial da Saúde

¹ Artigo a ser submetido à Revista Pan-Americana de Saúde Pública, cujas normas encontram-se ao final do trabalho, no Anexo 1.

INTRODUÇÃO

As mudanças nas dinâmicas da economia global, que vem enfrentando há alguns anos momentos turbulentos, têm criado e aprofundado inequidades em saúde e em seus determinantes sociais. As políticas de austeridade - que consistem em um controle de gastos públicos, tendo se caracterizado por cortes em políticas sociais – vêm se constituindo em ameaças ao acesso universal aos serviços de saúde em diversos países, muitos dos quais foram aconselhados por organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional, a reformarem seus sistemas de saúde pública (1). Em situações de contenção orçamentária as políticas sociais geralmente são as primeiras a sofrerem cortes (2).

A ajuda internacional de organismos como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, instituições promotoras de políticas neoliberais, não mitiga esse efeito, ao contrário, seus empréstimos vêm condicionados a cláusulas que incluem o desmantelamento do setor público (3) e um menor investimento em políticas públicas com drásticas reduções em gastos sociais públicos e privatizações (4). Dessa forma, é possível afirmar que o direito humano à saúde, que nunca se efetivou plenamente em um contexto global, está seriamente ameaçado, à medida que a contenção orçamentária resultaria em diminuição dos gastos públicos em saúde.

A Declaração de Alma Ata (5) entende a saúde como um direito humano fundamental e estabeleceu como meta a efetivação desse direito a todos até o ano de 2000, o que não ocorreu. Temos também, no ano 2000, a realização da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), que definiu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), um compromisso assumido por todos os Estados-Membros da ONU, em temas como o combate à pobreza, à fome, à degradação ambiental, à discriminação contra as mulheres (6). Os ODM eram interdependentes: todos temas dos quais tratavam influenciam a saúde e a saúde influencia os temas (7). O ano marco para os ODM foi

2015 e, mais uma vez, apesar de avanços, o mundo está longe de atingir as condições assumidas há 15 anos. A discussão agora gira em torno da Agenda Pós-2015 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), que também inclui temas relacionados à saúde (1,8).

Um tema que não perde sua relevância, ao longo de décadas de discussão sobre a saúde, é relativo a como garantir que as decisões tomadas por governos e pelos órgãos intergovernamentais tenham como principal objetivo ir ao encontro das verdadeiras necessidades da população. Para tanto, a participação da sociedade civil nos espaços de tomada de decisão é fundamental. Imbuída desse entendimento, nasce a iniciativa *Democratising Global Health Governance* (Democratizando a Governança Global em Saúde), do Movimento pela Saúde dos Povos, no qual está inserido o *WHO Watch* (Observatório da OMS) (9). O *WHO Watch* propicia que observadores participem das principais reuniões da OMS e de seus escritórios regionais. Foi a participação em duas edições do *WHO Watch* – a autora principal do artigo participou, como observadora, na 53ª Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e na 136ª Reunião do Conselho Executivo da OMS - que motivou a realização desse texto, que consiste em uma análise da experiência como observadora e uma análise reflexiva sobre as potencialidades e os limites da participação dos movimentos sociais nos processos decisórios da governança global em saúde.

A governança global em saúde e a participação da Sociedade Civil

As questões contemporâneas de saúde de um determinado local cada vez mais estão conectadas e relacionadas àquelas de outros lugares e às decisões tomadas nas mais diversas escalas (locais, nacionais e internacionais). Ao ramo da diplomacia que se refere aos “temas de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas” dá-se o nome de Saúde Global (10). Ainda segundo os mesmos autores, esse

novo cenário requer novas formas de governança nos níveis nacional e internacional, incluindo uma ampla gama de atores.

Ao transcender fronteiras, a Saúde Global assume uma perspectiva que se caracteriza por um sentido de responsabilidade coletiva pela saúde, exigindo esforços coordenados no manejo das questões nacionais. Unindo as disciplinas de Saúde Pública, Relações Internacionais, Gestão, Legislação e Economia, o termo Diplomacia da Saúde Global interpreta os “processos de negociações, níveis e atores múltiplos que moldam e dirigem o ambiente da política global da saúde” (11).

Fidler, por sua vez, conceitua o termo “governança global em saúde” como o “uso de instituições formais e informais, regras e processos pelos Estados, organizações intergovernamentais e atores não estatais para lidar com desafios para a saúde que requerem ações transfronteiriças coletivas para serem resolvidos eficazmente” (12).

O funcionamento das dinâmicas da governança global em saúde tem sido alvo de crítica por seus processos serem conduzidos por governos e agentes não-estatais dos países mais ricos e que acabam, também, por ocuparem a maior parte dos cargos nos organismos multilaterais (13). Gotin e Mok defendem que a governança precisa enfrentar desafios que impedem uma melhoria na saúde global e uma diminuição nas suas disparidades, como uma ausência de uma liderança global, a necessidade de colaboração e coordenação de múltiplos atores, a insuficiência do financiamento e pedem por uma maior transparência, por monitoramento e por *accountability* (14).

No que tange à questão do financiamento da OMS, o Global Health Watch 4 (1), Relatório de Saúde elaborado por seis organizações da sociedade civil (People's Health Movement, Medact, Medico International, Third World Network, Health Action International, ALAMES), analisa sobre as receitas da OMS, a partir das contribuições realizadas pelos Estados-Membros da Organização e mostra o desequilíbrio existente entre as contribuições obrigatórias e as contribuições voluntárias, um cenário distinto de trinta anos atrás. Nesses últimos anos, o Relatório mostra que ocorreu um aumento das

contribuições voluntárias enquanto que as obrigatórias foram reduzidas. As contribuições obrigatórias são definidas através de um cálculo que considera a população e o Produto Interno Bruto de cada país. No ano de 2012, as contribuições obrigatórias injetaram uma quantia de \$475 000 000 na OMS. No mesmo ano, as contribuições voluntárias atingiram o valor de \$1 539 000 000, sendo que desse total \$1 409 000 000 estavam atrelados a projetos escolhidos pelos doadores. Esses dados evidenciam um desafio à governança com perda de autonomia, já que as doações obrigatórias financiam os projetos deliberados pelos foros decisórios da OMS, enquanto que as contribuições voluntárias, em sua quase totalidade, são atreladas a projetos específicos não sendo, necessariamente, prioritários à Organização (1).

Em um cenário de crise financeira e de balança desigual de poder na governança global em saúde, foram iniciadas as discussões relativas à Reforma da OMS, processo que pretende implementar modificações programáticas, de governança e de gerência (15). Os movimentos sociais, nesse contexto de alteração das estruturas de governança global da saúde, são elementos vitais na luta pela manutenção e pela implementação de sistemas de saúde universais e na defesa do direito à saúde para todos.

A globalização traz um desafio à sociedade civil: o de engajar atores na formulação de políticas de alcance que vão além do âmbito local. Os movimentos sociais, segundo Kickbusch & Lister têm que reunir as questões de diversas comunidades e encontrar maneiras de apresentar propostas nos níveis nacional e internacional, o que envolve uma capacidade de se organizar em rede globalmente (10). Kickbusch e Berger alertam ainda para a necessidade do envolvimento de diversos profissionais na diplomacia da saúde, que não é mais restrita a diplomatas ou mesmo a atores governamentais. Para tanto, esclarecem sobre a necessidade de desenvolvimento conceitual e de programas práticos de treinamento que permitam o desenvolvimento das habilidades de negociação que o atual cenário da saúde exige (11).

O Movimento pela Saúde dos Povos e o Observatório da Organização Mundial da Saúde

O Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) é uma rede global de ativistas e organizações que trabalha na defesa da saúde como um direito. O MSP está presente em mais de setenta países e trabalha pelo direito à saúde com um foco na atenção primária e nos determinantes sociais, econômicos e políticos da saúde. O MSP é um condutor de mudanças, atuando em ações comunitárias, de mobilização e resistência relacionadas à saúde e empreende *advocacy* global, baseada na solidariedade internacional, na formação de redes em relação a lutas específicas e cooperação em mudanças compartilhadas que surgem do processo neoliberal de globalização, sendo uma ponte entre o global e o local (16).

Os princípios e as diretrizes do MSP estão expostos na *Carta pela Saúde dos Povos* (17). A Carta entende a “saúde como questão social, econômica e política e, acima de tudo, um direito humano fundamental”. Dessa forma, o MSP defende, perante o governo e outras agências de saúde, a garantia do acesso universal ao cuidados de saúde, à educação e a serviços sociais de qualidade e em conformidade às necessidades das pessoas, não à sua capacidade de pagar (17).

Um dos projetos desenvolvidos pelo MSP é o Observatório da OMS (*WHO Watch*) que tem, entre seus objetivos, a democratização dos processos decisórios da OMS através da participação - como observadores - de ativistas nas reuniões em Genebra e das reuniões regionais da Organização, da aproximação com os representantes nacionais na OMS, da análise dos tópicos discutidos nas reuniões, na produção de pareceres relativos às pautas e da divulgação e publicização das decisões tomadas no âmbito da OMS (18).

A criação desse Projeto ocorreu em função do entendimento de que as estruturas da governança global em saúde estão dominadas por grandes potências e por corporações transnacionais, mas que as relações de poder em torno das decisões globais – que influenciam a saúde das populações – são capazes de mudar essa

situação através de novas alianças e novos fluxos de informação. Assim foi pensada a iniciativa *Democratising Global Health Governance* (Democratizando a Governança Global em Saúde), na qual está inserido o *WHO Watch* (1).

Com o apoio de outros ativistas, que atuam presencialmente e também a distância, esses observadores ficam responsáveis, entre outras ações, pela produção de análises críticas dos principais pontos de pauta das reuniões. Essas análises começam a ser elaboradas ao longo dos meses que antecedem as reuniões, geralmente com consultas aos ativistas que compõem os círculos do MSP em todo o mundo e também a especialistas nos assuntos em pauta, e são finalizadas dias antes do início das reuniões, ficando disponíveis ao acesso de todos pela Internet, no site do *Global Health Watch* (www.ghwatch.org), e sendo também distribuídas nas reuniões para os representantes de países e integrantes de outros movimentos sociais.

A participação dos círculos nacionais na elaboração dos comentários agrega exemplos concretos de como tais políticas atingem os diferentes países e valoriza as questões locais, evidenciando as relações existente entre os ações locais e globais. Já a colaboração de especialistas, que não fazem parte do MSP necessariamente, garante uma fundamentação teórica sólida, contribuindo para a credibilidade da discussão. O envolvimento de diversos seguimentos contribui para a formação de uma grande rede colaborativa a qual representa diversas realidades.

Durante as reuniões, os *watchers* (como são chamados os observadores) realizam ações de *advocacy* com os representantes dos países e de organizações da sociedade civil e tomam notas sobre as discussões mais importantes. Essas notas, posteriormente, ficam disponíveis para consulta, possibilitando, assim, que mais pessoas tenham acesso às discussões realizadas no âmbito das reuniões da OMS, tornando acessível a quem quiser tomar conhecimento um debate que, antes, ficava restrito a determinados atores. Os *watchers* também podem ler para a plenária as análises críticas que ajudaram a elaborar acerca dos temas da agenda, levando aos delegados - representantes dos Estados-Membros - a voz dos movimentos sociais. No

entanto, essa participação é bastante restrita, já que cada entidade pode fazer apenas uma declaração por tópico e essa declaração é feita após toda a discussão, não tendo capacidade de interferir nos rumos da discussão.

A EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO NO OBSERVATÓRIO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Nas próximas páginas, as experiências da primeira autora como observadora na 53ª Reunião do Conselho Diretor da OPAS e no 136º Conselho Executivo da OMS serão relatadas. Também será feito um breve relato sobre a participação como apoiadora do grupo de observadores da 67ª Assembleia Mundial da Saúde.

As atividades do *WHO Watch* são divulgadas pelos canais do Movimento pela Saúde dos Povos, como páginas nas redes sociais e listas de e-mails, e foi através de um desses e-mails que a autora principal soube da possibilidade de atuar como observadora. Os *watchers* presenciais dos eventos regionais geralmente são nacionais dos países daquela região, já aqueles que participam do projeto nos eventos da OMS costumam ser de diversos países. A proximidade com Genebra facilita a participação de ativistas europeus. Na 53ª Reunião do Conselho Diretor da OPAS havia ativistas do Brasil, do Canadá, dos EUA, da Índia e do México. Já o 136º Conselho Executivo da OMS contou com a participação de ativistas da Alemanha, da Austrália, da Bélgica, do Brasil, dos EUA, da França, da Índia e da Itália.

i) 67ª Assembleia Mundial da Saúde (WHA67)²

Minha primeira experiência no *WHO Watch* foi virtual, apoiando observadores que estavam atuando na 67ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em Genebra, no

² O material produzido pelo projeto para a 67ª Assembleia Mundial da Saúde está disponível no site do projeto: www.ghwatch.org/who-watch/wha67 . A página da OMS para a WHA67 pode ser acessada através do seguinte endereço: http://apps.who.int/gb/e/e_wha67.html .

mês de maio de 2014. Ajudei a organizar as notas que estavam sendo tomadas nas reuniões – uma das tarefas de um *watcher* é anotar os principais pontos da discussão de cada item da agenda, de maneira que uma pessoa que leia esse material posteriormente seja capaz de entender o que foi encaminhado sobre aquele assunto. Nas reuniões da OMS, em um único turno, podem ser discutidos vários itens da pauta, além disso, as anotações costumam usar abreviaturas e outras ferramentas que ajudem o *watcher* a tomar nota de modo rápido para não perder nenhum ponto da discussão. Assim, minha função foi revisar e organizar essas notas, utilizando para tanto ferramentas virtuais, como *Skype*. O grupo de trabalho do *WHO Watch* mantém um canal no *Skype* no qual são disponibilizadas todas as declarações realizadas em cada sessão em tempo real, através dessa ferramenta qualquer pessoa em qualquer lugar pode interagir com os *watchers* e acompanhar as discussões das reuniões.

ii) 53ª Reunião do Conselho Diretor da OPAS³

Minha primeira experiência presencial no *WHO Watch* foi em um evento regional, a 53ª Reunião do Conselho Diretor da OPAS (CD53), em setembro de 2014, na cidade de Washington, Estados Unidos. No entanto, um *Watch* começa muito antes da semana de reuniões da OPAS/OMS. Manifestei, para a coordenação do projeto, meu interesse em participar presencialmente alguns meses antes e minha primeira atividade foi organizar, junto a meu círculo nacional, o Movimento pela Saúde dos Povos Brasil (MSP Brasil), uma lista de itens prioritários baseada na agenda prévia do CD53⁴. Cada círculo regional ou nacional do MSP fez o mesmo e, ao final, foi elaborada uma lista com tópicos considerados prioritários e para os quais o MSP produziria comentários com análises críticas para serem distribuídas aos delegados presentes no CD53 e disponibilizados na

³ Comentários e declarações produzidos pelos colaboradores do *WHO Watch* está disponível na página do *WHO Watch* sobre o CD53: www.ghwatch.org/who-watch/americas/2014 .

⁴ A agenda e documentos técnicos do CD53 foram disponibilizados previamente pela OPAS em seu site: www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=7003%3A53rd-directing-council-29-sep-3-oct&Itemid=41062&lang=en

página da *Internet* do *WHO Watch*. Itens prioritários são assuntos considerados muito importantes para o círculo, mas também são tópicos sobre os quais os colaboradores do MSP tenham capacidade e possibilidade.

A questão do tempo é relevante, pois o trabalho dos ativistas do *WHO Watch* é feito com base nos documentos de trabalho disponibiliza pelas agências internacionais (OPAS/OMS). No caso do CD53, a maior colaboração do MSP Brasil foi feita no tema da Cobertura Universal de Saúde, cujo documento de trabalho, o CD53/5⁵ (Estratégia para o Acesso Universal à saúde e à Cobertura Universal de Saúde), foi divulgado apenas três semanas antes do início do Conselho. Dessa forma, além de conhecimento específico sobre o tema, o ativista, por vezes, precisa ter tempo disponível para elaborar uma análise cuidadosa em um curto intervalo de tempo. Para as reuniões da OPAS, os comentários sobre os temas são disponibilizados pelos colaboradores do *WHO Watch*, geralmente, em Espanhol e Inglês, de maneira que, entre a elaboração do comentário, a revisão, a tradução e a impressão há pouco tempo quando um documento de trabalho é divulgado tardiamente pela OPAS. No caso específico do documento de trabalho CD53/5, ele ainda viria a ser modificado e uma nova versão, com alterações importantes, foi divulgada faltando menos de uma semana para o início da reunião, cabendo, nessa situação, aos observadores que iriam atuar presencialmente em Washington editarem e darem a formatação final ao comentário.

Concomitantemente à elaboração do comentário, foram feitas reuniões virtuais para apresentarem aos novos *watchers* o funcionamento dos órgãos diretores da OPAS e a inserção do *WHO Watch* nesse contexto. Essa preparação foi finalizada em Washington com uma oficina de orientação de dois dias, para a discussão de temas como governança na OPAS/OMS e estratégia de *advocacy*. Esses dois dias também foram usados para finalização de comentários ainda pendentes e para elaboração de

⁵Estratégia para o Acesso Universal à saúde e à Cobertura Universal de Saúde - www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27312&Itemid=270&lang=en

declarações para serem lidas durante o CD53, uma forma de participação da sociedade civil prevista nas reuniões dos órgãos diretores da OMS: uma intervenção por tópico, após a discussão realizada pelos Estados-Membros. A declaração não pode ter mais de 300 palavras e deve ser entregue com antecedência ao administrativo da Agência, expressando o posicionamento da organização ou entidade que o redigiu, mas não permitindo uma maior interação e discussão, limitando-se apenas a uma manifestação crítica. Ao ser feita apenas após as falas dos Estados-Membros não tem a capacidade de interferir na discussão.

No CD53, as principais atividades ocorreram na sala A do prédio da OPAS, na qual os delegados dos países, o corpo técnico da OPAS e da OMS e os representantes de organizações não-governamentais tinham livre acesso, ficando esses últimos ao fundo da sala. O MSP não é uma organização não-governamental, é um movimento, mas teve acesso ao CD53 através de parceria com a *Medicus Mundi International*, organização não-governamental que mantém relações oficiais com a OMS – a mesma parceria ocorre em outras atividades da OMS e de suas agências. Estavam presentes no CD53 doze organizações não-governamentais em relações oficiais com a OMS, dez organizações não-governamentais em relações oficiais com a OPAS e sete organismos internacionais (19). Entre as organizações não-governamentais, havia representações de estudantes e profissionais, coletivos de usuários, organizações que atuam no combate a determinadas doenças (como câncer e *Alzheimer*), a Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica e a Federação Internacional da Indústria de Medicamentos.

A proximidade física com os delegados de países facilitava a abordagem, que ocorria principalmente nos intervalos entre as sessões e na qual eram entregues os comentários elaborados sobre os tópicos da agenda. Muitos delegados mostravam bastante interesse nos comentários, havendo aqueles que julgavam importante ter subsídios elaborados por movimentos sociais e mesmo representantes de países com pequenas delegações – às vezes apenas um ou dois delegados – que diziam usar o

material para ajudar a aprofundar o conhecimento em determinados temas. Aliás, esse foi um detalhe que me chamou a atenção, enquanto a delegação dos Estados Unidos da América contava com 25 pessoas, algumas das quais especialistas em temas específicos, havia delegações de países com apenas um membro. Acredito ser difícil um delegado conseguir dominar todos os assuntos de uma agenda extensa e creio que isso mostra uma discrepância de poder entre as nações. O grupo do *WHO Watch* que atuou no CD53 e os demais ativistas do MSP elaboraram comentários para cinco temas: Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (lida por mim), Plano de Ação sobre Deficiência e Reabilitação, Plano de Ação sobre Saúde Mental, Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas e Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde. Foram feitas declarações sobre três temas: Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, Plano de Ação sobre Saúde Mental e Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde.

iii) 136ª Reunião do Conselho Executivo da OMS

A 136ª Reunião do Conselho Executivo da OMS (*136th Executive Board* ou EB136) ocorreu de 26 de janeiro a 3 de fevereiro de 2015, na sede da OMS, em Genebra, na Suíça. Alguns elementos do *Watch* em Genebra foram semelhantes ao de Washington, já detalhados na seção anterior, pois seguem a mesma lógica do projeto *WHO Watch*. Diferentemente do Conselho Diretor da OPAS, que é regional – apenas da região das Américas – o Conselho Executivo (EB) é global, por isso também seu *Watch* envolve ativistas de todo o mundo. Diversas redes compõem o *WHO Watch* e suas contribuições são tanto pela Internet (elaboração dos comentários, auxílio com as notas de cada reunião, por exemplo) quanto presenciais: o workshop de orientação para o EB136 foi realizado na sede de uma organização independente, em Genebra; foi realizada uma reunião com diversos representantes da sociedade civil que tinha por objetivo definir estratégias de *advocacy* e *lobbying* para o EB136. Para mim, essa reunião foi uma oportunidade de conhecer ativistas de diferentes *backgrounds* e também de

perceber como diversos membros desse universo heterogêneo que chamamos de “sociedade civil” agem e interagem. No *workshop*, realizado de 21 a 25 de janeiro, foram finalizados os comentários sobre os itens da agenda do Conselho Executivo. Foram também elaboradas as declarações sobre os assuntos prioritários a serem lidas nas sessões do EB136 e definidas estratégias de ação do grupo de *watchers*. Pudemos conversar com diversos ativistas (professores universitários, ativistas de organizações, profissionais de organismos internacionais) que falaram sobre a constituição da OMS, seu histórico, seu funcionamento, sua atuação na Governança Global em Saúde e o papel do *WHO Watch* nesse contexto.

Diferentemente do Conselho Diretor da OPAS, em um EB as representações da sociedade civil permanecem a maior parte do tempo em galerias superiores separadas das delegações dos países. Isso dificulta um pouco a abordagem aos delegados. Mesmo que a maior parte dos encontros seja feita no intervalo entre as sessões e que os espaços de descanso sejam comuns a todos (cafeterias para o almoço, *coffee-break* no saguão principal), o simples fato de não haver nenhum contato durante as sessões, nem mesmo visual, dificulta as aproximações e as conversas necessárias. Além disso, sendo um evento global, o número de delegações é muito maior, sendo mais difícil identificar quem é quem. Durante um turno do CD53, por exemplo, eu já era capaz de identificar uma parte considerável não apenas dos delegados de cada país, mas também de delegados de organizações da sociedade civil e, ao final de alguns turnos, ser identificada por alguns deles. Todos esses aspectos exigem uma estratégia específica e bem estruturada.

No EB136, também notei a questão da balança de poder entre as nações, não apenas em relação ao número de delegados por país, mas também no que diz respeito à composição das delegações. Enquanto alguns Estados, geralmente os mais ricos, contam com delegados com larga experiência no campo da governança global em saúde, outros não dispõem de pessoal com esse perfil, tornando os processos de tomada de decisão mais difíceis de serem influenciados pelas nações em

desenvolvimento.

O grupo do *WHO Watch* que atuou no EB136 e os demais ativistas das redes do MSP elaboraram comentários em relação a 36 tópicos e fizeram doze declarações, uma delas lida por mim⁶.

Em relação à composição das delegações que representavam a sociedade civil no EB136, havia 51 organizações não-governamentais em relações oficiais com a OMS (20) – organizações de usuários, grupos de pressão por investimento em pesquisas de determinadas enfermidades, associações de estudantes e profissionais de diversas áreas, a Federação Internacional da Indústria de Medicamentos e a *Global Health Council, Inc.*. De acordo com sua página na Internet, o *Global Health Inc.* é “composto por membros da organização e centenas de indivíduos - todos comprometidos com a missão de melhorar a saúde a nível mundial através do aumento de investimentos, políticas robustas e o poder da voz coletiva”. Integram o *Global Health Council Inc.* “organizações de desenvolvimento internacional sem fins lucrativos (ONGs)”, organizações internacionais de desenvolvimento com fins lucrativos, corporações/empresas privadas, organizações baseadas na fé, universidades, fundações e indivíduos (21). Faziam parte da delegação do *Global Health Council Inc.*, no EB136, três representantes da Nestlé e três da Rabin Martin, uma empresa de consultoria que “ajuda seus clientes a serem líderes na melhoria da saúde e no acesso a tecnologias de saúde global” e tem entre seus clientes a Fundação Bill & Melinda Gates, a Johnson & Johnson e a Merck & Co., Inc. (22)

DISCUSSÃO

A experiência como observadora do *WHO Watch* evidenciou que a governança global em saúde converteu-se em uma rede cada vez mais complexa formada por diversos atores, como Estados Nacionais, organismos bi e multilaterais, sociedade civil,

⁶ Comentários e declarações elaborados pelos ativistas do *WHO Watch* estão disponíveis na página do projeto sobre o EB136: www.ghwatch.org/who-watch/eb136

corporações, entidades filantrópicas, universidades, entre outros, de forma que os mais diversos interesses estão envolvidos, o que reforça a necessidade de uma sólida liderança.

A OMS mantém-se como uma referência para a formulação de políticas de saúde, assim, suas recomendações e seus pareceres técnicos possuem prestígio no cenário internacional, o que a torna um espaço em disputa. As relações de poder desenvolvidas em seu interior são flagrantemente desiguais. Algumas nações dispõem de recursos, financeiros e humanos, e são capazes de se articularem de modo a influenciarem fortemente as decisões a serem tomadas. Outros países têm condições de enviar para as reuniões pequenas delegações, o que os tornam incapazes de conhecerem profundamente todos os tópicos que são discutidos no âmbito da OMS ou mesmo influenciarem as discussões – seja através de lobby ou de doações voluntárias a projetos escolhidos.

Da mesma forma, ainda que a participação da sociedade civil esteja prevista no regramento da OMS, o custo para enviar representantes para os locais nos quais ocorrem as reuniões torna a atuação, nesses espaços, possível a poucas organizações que conseguem se articular para buscarem recursos financeiros suficientes. A pouca agilidade com que determinadas discussões ocorrem também é um ponto a destacar, mostrando que há temas difíceis de serem tratados, como as questões de gênero, por exemplo – em função de fatores religiosos e culturais – ou questões que desafiem interesses dos países ricos. O processo em curso de Reforma da OMS precisa trazer de volta à Organização e a seus Estados-Membros o controle do gerenciamento das ações desenvolvidas no âmbito da governança global em saúde, assim como corrigir inequidades entre a participação dos países. Nesse contexto, a sociedade civil é um importante elemento de apoio, trazendo a voz dos povos para dentro da OMS e repercutindo suas discussões para além de seus membros e de seu corpo técnico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade civil é capaz de influenciar a curto, médio e longo prazos os processos decisórios da OMS e de suas agências através de diferentes mecanismos e estratégias. Os movimentos sociais trazem uma visão crítica sobre as discussões realizadas por essas órgãos intergovernamentais, promovendo, também, a divulgação desses debates e de seus desdobramentos para além dos espaços governamentais. A participação de estudantes em movimentos sociais que trabalhem com a temática da governança global em saúde exerce influência na formação desses profissionais que poderão, futuramente, exercer cargos de liderança nos governos dos países membros dessas agências e, também, fazer parte do corpo técnico dos organismos internacionais.

A atuação de profissionais que entendam a saúde como um direito, em órgãos governamentais e agências intergovernamentais, é um instrumento promotor de mudanças sociais. A participação nessas atividades permite às novas gerações um conhecimento prático de como funcionam os processos da governança global em saúde e também uma maior aproximação e familiarização com temas importantes em discussão na atualidade. São oportunidades de aliar teoria e prática, utilizando os conhecimentos construídos ao longo da formação em uma experiência real, aprendendo e compartilhando vivências com ativistas e profissionais experientes em um ambiente de tomada de decisões que irão influenciar políticas e programas de saúde em todo o mundo.

REFERÊNCIAS

1. People's Health Movement, Medact, Medico International, Third World Network, Health Action International, ALAMES. Global Health Watch 4: An Alternative World Health Report. London: Zed Books; 2014.
2. Matida A. Arroz, feijão, saúde, educação: política Pública de Saúde no Brasil. Cien Saude Colet. março de 2011;16(3):1668–1668.
3. Rhodes A. Varoufakis, Yanis. The Global Minotaur: America, the True Origins of the Financial Crisis and the Future of the World Economy. London: Zed Books, 2011.

264 pp.

4. Cueto M. Saúde Global: uma breve história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. 120 p.
5. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata, URSS; 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Acessado em 2 de junho de 2015.
6. United Nations. Millenium Declaration. Nova York; 2000. Disponível em: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> Acessado em 2 de junho de 2015
7. World Health Organization. WHO | Millennium Development Goals (MDGs). World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en Acessado em 23 de novembro de 2015.
8. UN System Task Team. Health in the post-2015 UN development agenda. Thematic Think Piece. World We Want 2015. 2012; (May):1–17.
9. Global Health Watch. About WHO Watch. 2013. Disponível em: <http://www.ghwatch.org/who-watch/about> Acessado em 10 de junho de 2015.
10. Kickbusch I, Lister G. European Perspectives on Global Health: a policy glossary . Europe in the World. Brussels: European Foundation Centre; 2006. 72 p.
11. Kickbusch I, Berger C. Diplomacia da Saúde Global. *Reciis*. 2010;4(1):19–24.
12. Fidler DP. The Challenges of Global Health Governance. New York: Council on Foreign Relations Press; 2010.
13. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Reciis*. 2010;4(1):93–105.
14. Gostin LO, Mok EA. Grand challenges in global health governance. *Br Med Bull*. 2009;90(1):7–18.
15. World Health Organization. WHO | Why reform?. World Health Organization. Disponível em: www.who.int/about/who_reform/change_at_who/what_is_reform/en Acessado em 23 de novembro de 2015.
16. People’s Health Movement. About the People’s Health Movement. Disponível em: www.phmovement.org/en/about Acessado em 15 de setembro de 2015.
17. Movimento pela Saúde dos Povos. Carta dos Povos pela Saúde. Bangladesh; 2000. Disponível em: www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-portuguese.pdf Acessado em 10 de junho de 2015.
18. Legge D. People’s Health Activism. In: WHO Watch, organizador. Five case studies of health activism. p. 1–22. Disponível em: [www.iphu.org/sites/www.iphu.org/files/Legge\(2013\)People’sHealthActivism\(Ch13\).pdf](http://www.iphu.org/sites/www.iphu.org/files/Legge(2013)People’sHealthActivism(Ch13).pdf) Acessado em 10 de junho de 2015.
19. Pan American Health Organization. 53rd DIRECTING COUNCIL. List of Participants. Disponível em: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27437&Itemid=270&lang=en Acessado em 2 janeiro de 2016.
20. World Health Organization. 136th Executive Board. Liste des membres et autres participants. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_DIV1Rev2-en.pdf Acessado em

2 janeiro de 2016.

21. Global Health Council. Global Health Council | Members. Disponível em: <http://globalhealth.org/about-us/member-directory> Acessado em 2 de janeiro de 2016.
22. Rabin Martin. About Us - Rabin Martin. Disponível em: <http://rabinmartin.com/our-firm/passion> Acessado em 2 de janeiro de 2016.

ANEXO 1 - Instructions to Authors and Guidelines for Manuscript Submission

1. GENERAL INFORMATION

1.1 Objectives and readership

The Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) is a free-access, peer-reviewed monthly journal, published as the flagship scientific and technical periodical publication by the Pan American Health Organization (PAHO), headquartered in Washington, D.C., the United States of America.

Its mission is to serve as an important vehicle for disseminating scientific public health information of international significance, mainly in areas related to PAHO's essential mission to strengthen national and local health systems, improve the health of the peoples of the Americas.

It aims to bridge the gap between policy-makers, researchers, health professionals, and practitioners.

1.2 Subject coverage

The RPSP/PAJPH publishes materials related to public health in the Region of the Americas that reflect PAHO's main strategic objectives and programmatic areas: health and human development, health promotion and protection, prevention and control of communicable and chronic diseases, maternal and child health, gender and women's health, mental health, violence, nutrition, environmental health, disaster management, development of health systems and services, social determinants of health, and health equity.

1.3 Indexing

The RPSP/PAJPH is selected and indexed in the following databases and directories: PubMed/MEDLINE; Web of Science; Social Sciences Citation Index; Journal Citation Reports/Social Sciences Edition; Current Contents/Social & Behavioral Sciences; Scopus; SciELO Public Health; LILACS; EMBASE; Global Health; Tropical Diseases Bulletin; Nutrition Abstracts and Reviews, Series A: Human and Experimental; Abstracts on Hygiene and Communicable Diseases; Review of Medical and Veterinary Entomology; Directory of Open Access Journals; Latindex; and Redalyc.

1.4 Contents

The RPSP/PAJPH will accept contributions for the following sections of the journal: Editorials, Original research articles, Reviews, Special reports, Opinion and analysis, Short communications, Current topics, and Letters. A description of the specific features for each type of contribution will be outlined below.

In general, the following contributions will not be accepted for publication: clinical case reports, anecdotal accounts of specific interventions, reports of a single study intended for publication as a series, noncritical and descriptive literature reviews, manuscripts with substantial overlap or with only minor differences from previous research results, and reprints or translations of articles already published, whether in print or electronically. Exceptions to this general rule will be judged and a determination made on a case-by-case basis.

1.4.1 Editorials

Authoritative expert views, analysis of relevant public health subjects, and/or commentary on specific articles previously published in the journal. From time to time, editorials may also present viewpoints offered by the journal's own editorial staff.

Editorials are commissioned by the Editorial Team and should always bear the author's name and institutional affiliation.

1.4.2 Original research articles

Original research reports on public health subjects of interest to the Region of the Americas.

Experimental or observational research must follow the IMRAD format (Introduction, Materials and methods, Results, and Discussion). Conclusions must be included at the end of the Discussion section and may be identified as a subheading.

1.4.3 Reviews

Systematic reviews about relevant public health matters, priorities, and interventions.

Reviews prepared by experts in the field presenting critical and authoritative analysis will also be considered.

Guidelines for systematic reviews and research protocols should be followed by authors and mentioned in Materials and methods section. See section 1.6 for more information.

Review articles are usually structured the same as original research articles and should include a section describing the methods used for selecting, extracting, and synthesizing data.

1.4.4 Special reports

Research reports of studies or projects relevant to the Region of the Americas.

1.4.5 Opinion and analysis

Authoritative opinion papers, reflections, and analyses on topics of interest in the field of public health.

1.4.6 Short communications

Short communications describing innovative or promising techniques or methodologies, or preliminary research results of special interest to the field of public health.

1.4.7 Current topics

Descriptions of current national and regional health initiatives, interventions, and/or epidemiological trends related to diseases and major health problems in the Americas.

1.4.8 Letters

Letters to the editor clarifying, discussing, or commenting on content presented in the RPSP/PAJPH are welcomed. Letters commenting on specific public health topics may also be accepted. Texts may be accompanied by references, if applicable.

Letters must be signed by the author, specifying institutional affiliation and mailing address.

1.5 Language

Manuscripts are accepted in three of the official languages of PAHO (English, Portuguese, and Spanish). Authors are strongly urged to write in their native language, since the inadequate command of a second language can blur the meaning of the text and is at odds with scientific precision.

Formal names of institutions, either in texts or in the author affiliation data, should not be translated unless an officially accepted translation exists. Also, titles in references should be left in their original language.

1.6 Guidelines and research protocols

The RPSP/PAJPH follows the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, which was developed and is maintained by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), and it is listed among the journals that follow these requirements. These guidelines, also known as the "Vancouver Style," apply to the entire journal, including ethical considerations, such as authorship and contributorship, peer review, conflicts of interest, privacy and confidentiality, protection of human subjects and animals in research, as well as editorial and publishing issues such as advertising, overlapping publications, references, and registering clinical trials.

The RPSP/PAJPH strongly recommends that authors follow the best research protocols available. Research protocols are described in the EQUATOR Network Resource Centre. Also, a complete list of the major biomedical research reporting guidelines is maintained and published by the U.S. National Library of Medicine. The most frequently used in the public health field are: CONSORT (for randomized controlled clinical trials), TREND (for nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions), STROBE (for observational studies in epidemiology), MOOSE (for meta-analyses of observational studies), QUOROM (for systematic reviews and meta-analyses of randomized trials), as well as the COCHRANE handbook (for systematic reviews of interventions).

Following WHO and ICMJE recommendations, the RPSP/PAJPH will require registration of clinical trials in a public trials registry as a condition of consideration for publication. The RPSP/PAJPH does not advocate one particular registry, but recommends that authors register clinical trials in one of the registries certified by WHO and the ICMJE that are available at the International Clinical Trials Registry Platform. The clinical trial registration number will be published at the end of the abstract and will have a link to the corresponding registry.

When reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Declaration of Helsinki (first revision of 1975 and sixth revision of 2008). When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed.

1.7 Conflict of interests

Authors are requested to provide full information about any grant or subsidy to cover research costs received from a commercial or private entity, national or international organization, or research support agency.

The RPSP/PAJPH adheres to the ICMJE recommendations for disclosure of competing interests. The ICMJE asks authors to disclose four types of information: associations

with commercial entities that provided support for the work reported in the submitted manuscript, associations with commercial entities that could have an interest in the submitted manuscript, financial associations involving family, and other relevant nonfinancial associations. The information provided through these disclosures helps the reader to better understand the relationship between the authors and various commercial entities that may have an interest in the information reported in the published article.

1.8 Copyright

The RPSP/PAJPH endorses the principles of the free access model to maximize the access and benefit to scientists, scholars, and the general public throughout the world. Therefore, the Pan American Health Organization (as copyright holder) and the authors agree to grant to all users a free, worldwide, perpetual right of access in order to copy, use, distribute, transmit, and display the work publicly, in any digital medium, for any responsible purpose, provided that proper attribution of authorship is made.

The RPSP/PAJPH will deposit a complete version of the accepted manuscript in electronic format in SciELO Public Health, which will enable free access, unrestricted distribution, interoperability, and long-term archiving of all published issues.

As a condition for publication, the RPSP/PAJPH requires authors to provide information indicating that the text, or a similar one, has not been previously published in print or electronic format and that the manuscript will not be submitted to any other journal until the RPSP/PAJPH reaches a decision regarding its publication. Any instance of possible prior publication in any form must be disclosed at the time the manuscript is submitted and a copy or link to the publication must be provided. Submitting authors must also consent that if the manuscript is accepted for publication in the RPSP/PAJPH, the copyright will be held by PAHO.

Authors are solely responsible for obtaining permission to reproduce any copyrighted material contained in the manuscript as submitted. The manuscript must be accompanied by an original letter explicitly granting such permission in each case. The letter(s) should specify the exact table(s), figure(s), or text being cited and how it/they is/are being used, together with a complete bibliographic reference to the original source.

In the case of papers containing translations of quoted material, a link or copy of that text in the original language must be clearly identified and included as part of the manuscript's submission.

1.9 Peer review process

All manuscripts undergo selection through a formal peer review process. After determining whether or not received manuscripts meet the general requirements for submission and comply with the subject scope of the RPSP/PAJPH, the manuscripts are then sent to the journal's Associate Editors for review.

The Associate Editors consider the text's scientific merit and the relevance of its publication, and, if applicable, it will be sent for blind peer review to at least three different reviewers. Upon receipt of all requested reviews, the Associate Editors will prepare a recommendation to the Editor-in-Chief to: (a) reject the manuscript; (b) conditionally accept the manuscript (with either minor or major revisions); or (c) accept the manuscript.

In the case of a conditional acceptance, authors will be required to return the revised manuscript with a detailed explanation of the changes that have been incorporated to address the concerns and recommendations emanating from the peer review process, or, alternatively, to provide a detailed justification of the reasons for disagreeing with the

observations made. The manuscript is again revised by the Associate Editors, as well as by peer reviewers in some cases, and the text may undergo as many reviews as may be needed to ensure that authors have provided an adequate response to all issues raised by reviewers.

The final decision on acceptance of manuscripts is made by the Editor-in-Chief.

All decisions are communicated in writing to the corresponding author(s). Authors who disagree with the editorial decision have the right to appeal by presenting a detailed written justification of the reasons why they believe the manuscript should have been accepted. Editorial meetings to discuss specific manuscript issues are scheduled periodically.

The time needed to process a manuscript varies depending on the complexity of the subject matter and the availability of appropriate peer reviewers.

Accepted papers are submitted to editorial revision and may be changed if appropriate. See section 2.16, "Editing the manuscript" for additional information.

1.10 Dissemination

The RPSP/PAJPH is published in electronic format and is available at SciELO Public Health and also at the journal portal of the PAHO Web site.

Users may register at the journal's portal to receive the table of contents and press releases of published articles, and also in SciELO to have access to other personalized tools. These include the definition of profiles for receiving new article alerts, follow-up on the usage and citation statistics for their own articles, and the creation of a personalized SciELO library of selected articles.

Articles will be published online immediately upon final editing (Ahead of Print), and links in databases will go directly to full-text versions of all published articles.

2 GUIDELINES FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

2.1 General criteria for manuscript acceptance

The selection of material for publication in the RPSP/PAJPH is based on the following criteria:

- suitability for the journal's subject scope;
- scientific soundness, originality, currency, and timeliness of the information;
- applicability beyond its place of origin and across the Region of the Americas;
- compliance with the standards of medical ethics governing experimentation with human and animal subjects;
- compliance with specific research reporting protocols;
- coherence of the research design and methodology;
- the need to strike a balance in topical and geographical coverage.

Manuscripts must comply with the specifications outlined in these Instructions and Guidelines in order to be accepted. Authors should carefully read all sections and complete the checklist available in the online submission system. Manuscripts not following the standard format of RPSP/PAJPH will immediately be returned to authors. The journal may also refuse to publish any manuscript whose authors fail to answer editorial queries satisfactorily.

Final acceptance or rejection of a manuscript is decided by the Editor-in-Chief, based on recommendations resulting from the peer review process described in section 1.9.

Manuscripts are accepted with the understanding that they have not been submitted elsewhere for publication, in part or in whole, and that in the future they will not be published or submitted elsewhere without express authorization from PAHO as the copyright holder.

Any instance of possible prior publication in print or electronic format (e.g., the Internet), in the same or in a different language or form, must be disclosed at the time the manuscript is submitted, and authors must provide a copy of the published text.

Authors hold sole responsibility for the views expressed in their texts, which may not necessarily reflect the opinion or policy of the RPSP/PAJPH and/or PAHO. The mention of specific companies or certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended in preference to other ones of a similar nature.

2.2 Manuscript specifications

Manuscripts must be prepared using Microsoft Word or similar Open Office software, in double-space, single column, using 12-pt. characters in Times New Roman or Arial script.

For figures and tables, Excel, Power Point, or other graphics software must be used. Figures may be in color or black and white.

Once articles are accepted for publication, authors may be asked to send figures and tables in a more clear and readable format.

2.3 Length and form

The general format for the RPSP/PAJPH's various sections is presented as follows:

Section	Words*	References	Tables, figures
Editorials	1,000	Up to 5, if any	none
Original research articles	3,500	Up to 35	Up to 5
Reviews	3,500	Up to 50	Up to 5
Special reports	3,500	Up to 35	Up to 5
Short communications	2,500	Up to 10	1-2
Opinion and analysis	2,500	Up to 20	1-2
Current topics	2,000	Up to 20	1-2
Letters	800	Up to 5, if any	none

* excluding abstract, tables, figures, and references.

Exceptions to these standards will be analyzed on a case-by-case basis.

2.4 Title

The manuscript's title should be clear, precise, and concise and include all the necessary information to identify the scope of the article. A good title is the first entry point to the article's content and facilitates its retrieval in databases and search engines.

If possible, titles should not exceed 15 words. Ambiguous words, jargon, and abbreviations should be avoided. Titles separated by periods or divided into parts should also be avoided.

2.5 Authors

When submitting a manuscript, all authors must register their full name, institutional affiliations, city and country, and contact information. This information will be omitted during peer review in order to maintain the authors' confidentiality. Corresponding authors must send a complete mailing and e-mail address and telephone number to facilitate contact during the review process. Only the affiliation and e-mail address of the corresponding author will be published.

Names of institutions should not be translated unless an official translation exists.

Only those who participated directly in the research or drafting of the article, and are therefore in a position to assume public responsibility for its contents, may be listed as authors. Inclusion of other persons as authors, out of friendship, acknowledgment, or other nonscientific motivation, is a breach of research ethics.

According to the ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, "Authorship credit should be based on 1) substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and 3) final approval of the version to be published." Authors must declare in the cover letter the contribution of every author.

When a large, multicenter group has conducted the work, the group should identify the individuals who accept direct responsibility for the manuscript.

Please refer to the Authorship and Contributorship section of the ICMJE's Uniform Requirements for additional information.

2.6 Abstract

The abstract is the second point of entry for an article and must enable readers to determine the article's relevance and decide whether or not they are interested in reading the entire text. Abstract words are normally included in text word indexes and can facilitate retrieval in databases and search engines.

Original research articles or systematic reviews must be accompanied by a structured abstract of up to 250 words, divided into the following sections: (a) Objectives, (b) Methods, (c) Results, and (d) Conclusions. Other types of contributions must be accompanied by an informative abstract of up to 250 words.

The abstract should not include any information or conclusions that do not appear in the main text. It should be written in the third person and should not contain footnotes, unknown abbreviations, or bibliographic citations.

2.7 Keywords

Keywords represent the main subjects discussed in the articles and may be identified by the authors or by the Editorial Team of the RPSP/PAJPH.

Keywords are extracted from the DeCS (Health Sciences Descriptors) vocabulary, which includes the translation into Portuguese and Spanish of MeSH (Medical Subject Headings), produced by the U.S. National Library of Medicine, with the addition of new subject categories for Public Health, Health Surveillance, Homeopathy, and Health Research.

2.8 Body of the article

Original research articles and systematic reviews are usually organized according to the IMRAD (Introduction, Materials and methods, Results, and Discussion) format. The Results and Discussion sections may require subheadings. Conclusions must be included at the end of the Discussion section and may be identified as a subheading.

Other types of contributions have no predefined structure and may use other subdivisions, depending on their content.

Short communications follow the same sequence of original articles, but usually omit subdivision headings.

2.9 Footnotes

Footnotes are clarifications or marginal explanations that would interrupt the natural flow of the text. They are numbered consecutively and appear at the end of the article in the electronic version and in a smaller type size at the bottom of the page on which they are cited in the pdf format.

Their use should be kept to a minimum. Links or references to cited documents must be included in the references list.

2.10 Bibliographic references

Citations are essential to identify the original sources of concepts, methods, and techniques referred to in the text and that come from earlier research, studies, and experiences; to support facts and opinions stated by the author; and to provide the reader with the bibliographic information needed to consult the primary sources.

References must be relevant and current.

The RPSP/PAJPH follows the ICMJE Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals style for references (better known as "Vancouver Style"), which is based largely on an American National Standards Institute style adapted by the U.S. National Library of Medicine for its databases. Recommended formats for a variety of document types and examples are available in the publication *Citing Medicine: the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers*, 2nd Edition, produced by the U.S. National Library of Medicine.

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text, and identified by Arabic numerals in parentheses in text, tables, and legends. Examples:

"It has been observed (3, 4) that..."

or:

"Several authors (1-5) have said that ..."

References cited only in table or figure legends should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the running text of the particular table or figure.

The titles of journals should be abbreviated according to the style used in the Journals database, created and maintained by the U.S. National Library of Medicine.

The list of references must be numbered consecutively and should begin on a separate sheet placed at the end of the manuscript.

2.11 Tables

Tables present information-usually numerical-in an ordered, systematic arrangement of values in rows and columns. The presentation should be easy for the reader to grasp. The data should be self-explanatory and should supplement, not duplicate, the information in the text. Tables with too much statistical information are confusing and hard to understand. Tables should not be used when data can be described in few text lines.

Tables must be inserted in the text to allow editing and not as objects extracted from other files.

Each table should have a brief but complete title, including place, date, and source of the information. The column heads should be as brief as possible and indicate the unit of measure or the relative base (percentage, rate, index), if any.

If information is missing because no observations were made, this should be indicated by ellipsis points (...). If the data do not apply, the cell should be marked "NA" (not applicable). If either or both of these devices are used, their meaning should be indicated with a footnote to the table.

Vertical rules (lines) should not be used in tables. There should only be three full horizontal rules: one under the title, a second under the column heads, and a third at the end of the table, above any footnotes.

Footnotes to a table should be indicated with superscript lowercase letters, in alphabetical order, in this way: a, b, c, etc. The superscript letters in the body of the table should be in sequence from top to bottom and left to right.

Authors must be sure to include call-outs for all tables in the text.

Tables or data from another published or unpublished source must be acknowledged and authors must obtain prior permission to include them in the manuscript. See "Copyright" section 1.8 for further details.

2.12 Figures

Figures include graphs, diagrams, line drawings, maps, and photographs. They should be used to highlight trends and to illustrate comparisons clearly and exactly. Figures should be easy to understand and should add information, not repeat what has been previously stated in the text or the tables. Legends should be as brief as possible but complete, and include place, date, and source of the information.

Figures should be sent in a separate file, in their original format, following standards of the most common software programs (Excel, Power Point, or Open Office), or in an eps (encapsulated postscript) file.

The legend of a graph or map should be included as part of the figure itself if there is sufficient space. If not, it should be included in the figure's title. Maps and diagrams should have a scale in SI units (see "Units of measure" section 2.14).

If the figure is taken from another publication, the source must be identified and permission to reproduce it must be obtained in writing from the copyright holder of the original publication. See "Copyright" section 1.8 for more information.

2.13 Abbreviations

The first time an abbreviation or acronym is mentioned in the text, the full term should be given, followed by the abbreviation or acronym in parentheses, as with: Expanded Program on Immunization (EPI). As much as possible, abbreviations should be avoided.

In general, abbreviations should reflect the expanded form in the same language as that of the manuscript. Exceptions to this rule include abbreviations known internationally in another language (e.g., CELADE, ILPES, ISO).

2.14 Units of measure

Authors must use the International System of Units (SI), organized by the International Committee for Weights and Measures (Bureau international des poids et mesures). The English brochure is available at: http://www.bipm.org/utis/common/pdf/si_brochure_8_en.pdf.

The system is based on the metric system. Abbreviations of units are not pluralized (for example, use 5 km, not 5 kms), nor are they followed by a period (write 10 mL, not 10mL.), except at the end of a sentence. Numbers should be grouped in sets of three to the left and to the right of the decimal point, with each set separated by a blank space.

Correct **style:**
12 500 350 (twelve million five hundred thousand three hundred fifty)
1 900.05 (one thousand nine hundred and five hundredths)

Incorrect **style:**
12,500.350 / 1.900,05 / 1,900.05

2.15 Submitting the manuscript

Manuscripts should be submitted through Manuscript Central (ScholarOne, Inc.), which is the online manuscript submission and peer review system employed now by the RPSP/PAJPH. The system may be accessed via the journal portal or directly at Manuscript Central.

Authors who have difficulty using the online submission system should send a message to the journal using the contact e-mail available at the journal portal.

Authors will be notified by e-mail that their manuscript has been received. Authors can view the status of their manuscripts at any time by entering Manuscript Central's "Author Center."

Manuscripts must be accompanied by a cover letter, which should include the information about all previous reports and submissions, possible conflicts of interest, permission to reproduce previously published material and any additional information that may be helpful to the Associate editors and the Editor-in-Chief. Authors should also declare in the cover letter that the manuscript has been read and approved by all the authors, and indicate the contribution of each author (see section 2.5).

2.16 Editing the manuscript

Manuscripts are accepted with the understanding that the publisher reserves the right to make revisions necessary for consistency, clarity, and conformity with the style of the RPSP/PAJPH.

Manuscripts accepted for publication will be edited and then sent to the corresponding author to respond to the editors queries and to approve any revisions. If during this stage

the author does not satisfactorily respond to the editors queries, the journal reserves the right to not publish the manuscript. To avoid delay in the publication of the corresponding issue, authors are urged to return the edited manuscript, with their approval, by the date indicated in the accompanying message.

After peer review and author revisions, if any, articles will undergo an editorial process that may include, as needed, condensation of the text and deletion or addition of tables, figures, or annexes.

The edited version will be sent to the author for responses to any additional queries from the editors.

The final version will be sent to the corresponding author for approval before publishing on the Web. Articles will be published in html and pdf formats.