

Organização Mundial da Saúde em pauta: Relato de experiência de observação da 65ª Assembleia Mundial da Saúde

World Health Organization on the agenda: Report of experience observing the 65th World Health Assembly

DOI: 10.46814/lajdv3n4-020

Recebimento dos originais: 07/04/2021

Aceitação para publicação: 31/06/2021

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina/ Università degli Studi di Roma La Sapienza. Professora e pesquisadora da Escola de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI/SC. Rua Uruguai, 458 - Centro, Itajaí - SC, 88302-202.

E-mail: rita.lima@univali.br

RESUMO

O texto apresenta aspectos históricos e conjunturais da construção social da Organização Mundial de Saúde e discorre sobre uma experiência de observação da 65ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 2012. Em tempos de crise humanitária e sanitária, supõe-se que a socialização da experiência possa despertar estudantes para a participação em fóruns da Organização Mundial de Saúde.

Palavras-chave: Organização Mundial de Saúde; 65ª Assembleia Mundial da Saúde; saúde dos povos; participação social.

ABSTRACT

The text presents historical and conjectural aspects of the social construction of the World Health Organization and discusses the experience of observing the 65th World Health Assembly, held in 2012. In times of humanitarian and health crisis, it is assumed that the socialization of the experience can encourage students to participate in forums of the World Health Organization.

Key words: World Health Organization; 65th World Health Assembly; peoples' health; social participation.

1 INTRODUÇÃO

Este ensaio reúne diálogos entre pessoas, artefato, lugares e tempos. Corresponde à atualização de um relato de experiência de observação, incorporado à minha tese de doutorado, que, não por acaso, torna-se público no momento histórico-conjuntural de pandemia de Covid-19. Se permaneceu esquecido no corpo da tese, por quase dez anos, em função de representar mais uma dimensão identitária biográfica do que propriamente uma produção científica de interesse de periódicos nacionais, hoje se fez lembrado.

Ao receber o convite do corpo editorial deste periódico¹, para publicar a experiência de observação da Assembleia Mundial da Saúde da OMS, de 2012, senti-me estimulada a revisitar a tese, defendida em 2013. Não sei que sentidos a revisita a uma produção autoral importante inscrevem na sua vida, leitor, mas sei que a minha tese de doutorado reúne sabores e dores. Mais sabores que dores, mas dores, também. No entanto, o cenário nacional e internacional de pandemia de Covid-19 gerou o entusiasmo necessário para realizar a revisita.

Neste momento histórico, em uma conjuntura atravessada pelo clamor de que a Organização Mundial de Saúde (OMS) adentre massivo e diuturnamente as nossas casas, o nosso País, o mundo, para ajudar a criar uma opinião pública informada e para apoiar as nossas instituições democráticas no controle da Covid-19, à revelia de governos desgovernados e insensíveis, como é o caso do de Jair Bolsonaro, a vontade fez-se viva para revisar e atualizar a experiência de observação e, ao mesmo tempo, tecer paralelos entre aspectos históricos e conjunturais da construção social da Organização Mundial de Saúde.

Apresento a experiência de observação da 65ª Assembleia Mundial de Saúde com base na interação com um artefato linguístico socialmente construído pelo processo organizativo da OMS para a 65ª AMS: *public badget*. Enquanto objeto heterogêneo de mediação que afeta as relações sociais, ao interagir com os sujeitos na produção da vida organizativa (STRATI, 2008; GHERARD, 1995), este artefato conferiu acessibilidade ao evento e produziu identidades, mas também gerou trajetórias periféricas de exclusão social em micro contextos do evento (CASTEL, 2008).

Antes de socializar a experiência, discorro sobre aspectos históricos e conjunturais da construção social da Organização Mundial de Saúde considerados pertinentes para a leitura do relato. Entre uma descrição e outra, teço algumas interpretações e levanto questionamentos.

2 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICO-CONJUNTURAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS), agência especializada das Nações Unidas para a saúde, abriu suas portas, em 1948, com o compromisso de promover o intercâmbio de pensamentos e experiências entre as nações (WHO, 1948a) e buscar formas de impulsionar os países para a construção de ações firmes e longevas, no âmbito da saúde dos povos (WHO, 1951).

Ao longo de seu processo de construção social, a OMS personificou-se como um intelectual orgânico na questão saúde dos povos, recrutado organicamente pelos Estados-membros para organizar

¹ A experiência de observação foi publicada, em formato resumo, nos Anais do VIII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, II Encontro Lusófono de Bioética, III Encontro de Bioética do Paraná, realizado em Curitiba, em 2012.

a hegemonia (GRAMSCI, 2007). A idealização em se constituir uma estrutura internacional de poder foi concretizada ao longo das atividades de suas Assembleias Mundiais de Saúde, Comissão Executiva e Secretariado, nas quais a dominação cultural passou a operar hegemonicamente os projetos dirigidos para o fomento de um padrão de saúde, o mais alto possível, aos Estados-membros (LIMA, 2013).

No entanto, a confiança da OMS em si, valor basilar para a execução dos compromissos assumidos constitucionalmente, em 1946, (WHO, 1946), não se estabeleceu da noite para o dia; ao contrário, as portas da Organização foram abertas com um certo receio. É provável que a dúvida pairada na confiança do futuro, encontrava-se no caráter inovador da nova agência e, com efeito, na ousadia de seu objetivo (WHO, 1956): o de encarar os desafios gerados pelos efeitos do pós-guerra, centrando os esforços em uma saúde planetária tão desigual, onde a Organização deveria capturar “a compreensão e a imaginação dos governos” (WHO, 1949, p. 76), mediante “estratégias de convencimento” (WHO, 1955, p. 197), para visibilizar com confiança a potencialidade de seus propósitos e a sua perspectiva sobre o lugar da saúde nas políticas de Estados.

Havia, na década de 1950, países como a Libéria, por exemplo, que tinha um médico para cada 63 mil habitantes, um enfermeiro para cada 61 mil, uma cama de hospital para cada 4 mil pessoas e um terço da sua população infectada com malária, onde os recursos financeiros limitavam-se a cerca de 0,16 dólares per capita (WHO, 1952). Havia também países, como os Estados Unidos, que se percebiam “[...] com sorte, por possuir a saúde pública bem desenvolvida, bem como as profissões da área médica” (WHO, 1951, p. 79).

Tanto a Libéria como os Estados Unidos compunham o rol de Estados-membros da Comissão Interina, instituída em 1946, para coordenar os trabalhos daquela que se constituiria uma Organização Mundial da Saúde. Esse fato já sinalizava que a construção e a autoconfiança da OMS seriam socialmente determinadas. No desenvolvimento do real, há um fato que corrobora a determinação social da autoconfiança da OMS, ao longo do período inaugural de sua história: a vigência de 02 anos da Comissão Interina, constituída na I Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova Iorque, em 1946, para ordenar a caminhada da Organização até que a sua Constituição entrasse em vigor.

O Comitê Preparatório Técnico desta Conferência Internacional, criado pelo Conselho Econômico e Social instituído na Assembleia Geral da ONU, em 1946, havia estabelecido quatro temas centrais para a I Conferência Internacional de Saúde: a criação da Constituição da futura OMS, a discussão sobre a admissão de Estados não Membros das Nações Unidas, o estabelecimento de uma Comissão Interina para coordenar os trabalhos iniciais da OMS e a preparação da 1ª Assembleia Mundial da Saúde (WHO, 1948b).

Nesta I Conferência Internacional de Saúde, a Constituição da OMS foi gestada, em concordância com a Carta das Nações Unidas e integrando as organizações existentes de saúde

(intergovernamentais, internacionais e regionais). No entanto, só entraria em vigor depois que os Estados não membros da ONU, convidados para o evento, se tornassem membros, assinando-a ou dando o consentimento, antes da abertura da 1ª Assembleia Mundial; ratificando, portanto, a criação da OMS e, por consequência, formalizando a sua criação. O evento contou com cinquenta e um delegados, treze observadores de Estados não Membros, autoridades de controle de aliados para a Alemanha, Japão e Coréia, e dez organizações (WHO, 1948b).

A Comissão Interina, constituída na Conferência de 1946, foi composta por dezoito delegados, representantes dos seguintes países: Austrália, Brasil, Canadá, China, Egito, Estados Unidos da América, França, Índia, Inglaterra, Iugoslávia, Libéria, México, Noruega, Países Baixos, Peru, Ucrânia, URSS e Venezuela (WHO, 1948a, p. 79-81). Os delegados elegeram o Dr. F. G. Krotkov, delegado da URSS, para presidente da Comissão, que alegou impossibilidade para “permanecer no cargo em função da pressão de outros deveres”. Uma segunda eleição conferiu a presidência à Andrija Stampar, delegado iugoslavo. A partir de então, a Comissão Interina passou a coordenar os trabalhos da futura Organização, enquanto se aguardava as ratificações da Constituição. Uma das ações de sua competência foi a de preparar a 1ª Assembleia Mundial da Saúde (WHO, 1948b, p. 9).

Embora a Comissão Interina da OMS tenha sido criada para atuar em um curto espaço de tempo, seu período de vigência acabou sendo prolongado, em virtude de atrasos nas ratificações da Constituição. A Comissão esteve no comando por dois anos, divididos em cinco Sessões, entre julho de 1946 e abril de 1948 (WHO, 1948b).

Na visão de seu presidente, Dr. Stampar, a Comissão Interina sempre buscou, na medida do possível, harmonizar as visões divergentes e formular soluções aceitáveis para todos os Membros, ainda que com a presença de conflitos de opinião. Ao longo de dois anos, delegados de Estados-membros atuaram com base na convicção de que “saúde é, antes de tudo e eminentemente, uma questão dependente da cooperação internacional”. Na agenda provisória da 1ª Assembleia Mundial da Saúde, Dr. Stampar sinalizou que o principal objetivo do Fórum inaugural seria o de acordar, internacionalmente, o melhor modo de aplicar o conhecimento e os recursos disponíveis para a prevenção dos sofrimentos evitáveis e para o aumento dos padrões de saúde (WHO, 1948b, p. 3).

Em sua Constituição, a OMS assume funções: atuar com autoridade diretiva e coordenadora no trabalho de saúde internacional; assistir aos governos, quando de interesse destes, visando ao fortalecimento dos serviços de saúde; e auxiliar no desenvolvimento de uma opinião pública informada entre os povos sobre questões de saúde, entre outros. A Organização assume também o desafio de agregar os trabalhos de antigas agências de saúde que articulavam ações e práticas de saúde pública pautadas em questões internacionais de saúde (WHO, 1946).

Nota-se que, embora intitulada Organização Mundial de Saúde, a própria Constituição da OMS faz uso do termo “internacional” para expressar seu caráter “Mundial”. Na perspectiva de Brown, Cueto e Fee (2006, p. 624-5), o termo “internacional” não remeteria ao total de relações entre os povos, mas às “relações entre governos de nações soberanas” (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 624-625), no contexto planetário de políticas e ações de saúde pública. Nesse sentido, mais oportuno optar por “Mundial”. Logo, a gestação da OMS se dá, a partir de sua própria Constituição, no interior de um movimento hegemônico.

A Constituição apresenta, ainda, o clássico conceito de saúde – “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade” –, e seus argumentos centrais, a saber: todo ser humano tem como direito fundamental a realização de um padrão o mais alto possível de saúde, independentemente de raça, religião, crença política, e condição econômica e social, e o desenvolvimento iníquo em diferentes países na promoção de saúde e controle de doença, especialmente doença comunicável, configura-se um perigo geral. A Constituição descreve, ainda, que o funcionamento da OMS é garantido por: Comissão Executiva, Secretariado e Assembleia Mundial da Saúde (WHO, 1946).

O Conselho Executivo da OMS é constituído por dezoito pessoas, eleitas em conformidade com a distribuição geográfica equitativa, na primeira Sessão da Assembleia. Os Membros devem ser eleitos por três anos e podem ser reeleitos, desde que uma vez eleitos na primeira Sessão da Assembleia, seis deles permaneçam por um ano, e seis por dois anos, conforme sorteio. As funções do Conselho Executivo são: dar efeito às decisões e políticas da Assembleia, atuar como um órgão executivo da Assembleia, apresentar propostas à Assembleia por iniciativa própria, preparar a agenda da Assembleia, e submeter um Programa Geral de Trabalho, para a Assembleia, para apreciação e aprovação, que abranja um período específico. O Conselho Executivo é o órgão responsável pela construção da proposta de orçamento da OMS, cuja aprovação é da alçada da Assembleia (WHO, 1946).

O Secretariado, por sua vez, é formado pelo Diretor Geral e equipe administrativa. O Diretor Geral é indicado pelo Conselho Executivo e seu nome é encaminhado para a deliberação na Assembleia. Como o próprio nome sinaliza, ele secretaria as Assembleias, o Conselho Executivo, comitês, conselhos e conferências da OMS, podendo delegar essa função a outra pessoa. Anualmente, o Diretor Geral apresenta ao Conselho Executivo o demonstrativo financeiro e orçamento da OMS, que os submete à Assembleia (WHO, 1946).

Já as Assembleias de Saúde determinam a política da OMS. Elas detêm autoridade para adotar regulações, convenções e acordos, bem como fazer recomendações aos Estados-membros sobre questões da competência saúde. São compostas por delegados, não mais que três por Estado-Membro,

escolhidos entre as pessoas mais qualificadas do ponto de vista técnico e de preferência representantes da saúde pública dos Estados (WHO, 1946). São realizadas uma vez ao ano, durante uma semana, no mês de maio; as primeiras Assembleias, excepcionalmente, aconteceram em um intervalo de tempo maior.

A 1ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS foi realizada em 1948 e durou um mês, de 24/06 a 24/07. A Sessão foi aberta por Dr. Andrija Stampar, então presidente da Comissão Interina, que foi eleito presidente da Assembleia, pelos representantes dos países presentes. Na ocasião, a OMS contava com cinquenta e quatro Estados-membros. A delegação brasileira foi composta por Dr. G. H. de Paula Souza, prof. e diretor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Prof. P. E. de Berredo Carneiro, representante brasileiro na UNESCO; e Dr. A. G. de Almeida e Castro, diretor do Departamento de Saúde Nacional. A Assembleia elegeu, para ocupar o cargo de Diretor-Geral, Dr. Brock Chisholm, delegado do Canadá, e Dr. Karl Evang, delegado da Noruega, para a presidência do Comitê Executivo. Entre os integrantes deste Comitê, Paula e Souza, delegado do Brasil. Nove Estados não membros da ONU estiveram presentes como observadores, sendo três da América Central (Guatemala, Nicarágua, Panamá), quatro da América do Sul (Bolívia, Chile, Equador, Uruguai) e dois da Europa (Luxemburgo e República de San Marino) (WHO, 1948b).

Há mais de sete décadas, as Assembleias de Saúde da OMS produzem resoluções para subsidiar a construção de políticas públicas de saúde de seus Estados-membros. Essas resoluções não compõem somente um filme estrangeiro inacessível à grande massa planetária vulnerada, subordinada a um sistema de classes injusto impetrado pelo modo de produção capitalista, para a qual a garantia do direito ao acesso a bens materiais e imateriais é negada. As Resoluções da OMS adentram os lares das pessoas como um imperativo cultural hegemônico, nos mais variados rincões planetários, em suas esferas ricas, pobres e miseráveis, ainda que com distintos usos e efeitos. Em outras palavras, as deliberações da OMS não são exceção no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, mas regra; elas se reproduzem com vivacidade hegemônica nos mais variados contextos de produção da vida concreta, em sociedades capitalistas.

Ao longo dos dois primeiros anos de meu processo de doutorado em Saúde Coletiva, 2009-2011, vivenciado na Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, por vezes indaguei sobre o sentido utilitário das resoluções, produzidas pelas Assembleias da OMS, expresso na máxima de garantir um padrão de saúde o mais alto possível aos povos. Em meio a imersões, eu me perguntava sobre como resoluções podiam ser geradas e tocar Estados-membros capitalistas e socialistas sem que algo anterior e bem preciso tivesse sido examinado: a análise dos processos econômicos na produção de saúde dos povos, condição necessária ao enfrentamento das históricas diferenças sociais injustas. Pois, considerar saúde como direito fundamental humano e assumir o compromisso de ajudar os países a aumentar o

padrão de saúde de seus povos (WHO, 1946), sem considerar os limites da formação econômico-social capitalista, significaria negar a importância do lugar que tal formação ocupa na totalidade do próprio real da produção de saúde dos povos. Ao visitar Resoluções, no período de construção do estado da arte da pesquisa, eu não encontrei indícios de alguma consideração nesse âmbito, o que acabou ampliando o rol de questionamentos: se deliberações são geradas, sem a análise dos processos econômicos na produção de saúde dos povos, como se deu o processo de construção do componente estratégico atenção primária à saúde, protagonizado pelas Assembleias de Saúde, entre 1948 e 1978? Afinal, a OMS havia formalizado, na Conferência de Alma-Ata, de 1978, no Cazaquistão, antiga república soviética, a atenção primária à saúde como uma nova lógica para comandar serviços nacionais de saúde, por meio da qual as pessoas são cuidadas primeiramente em unidades de saúde sediadas em seus territórios, e encaminhadas, se necessário, a especialistas e/ou hospital. Seria possível concretizar um projeto comum estratégico que apoiasse países capitalistas e socialistas na construção de serviços nacionais de saúde? Haveria uma dose velada de prudência, por parte da OMS, ao se comprometer em apoiar os países a ajudarem a si mesmos para alcançar um padrão de saúde “o mais alto possível?”

Tais questionamentos, entretanto, foram levantados com a ciência de que a OMS não é um organismo autossuficiente, mas uma instituição internacional financiada por Estados-membros, por meio de receitas fixas e contribuições voluntárias advindas de Estados-membros, interessados em financiar iniciativas pontuais, de fundações filantrópicas e setor privado (VENTURA; PEREZ, 2014). Logo, trata-se de uma Organização cujo giro da engrenagem depende das contribuições advindas de Estados-membros, com, evidentemente, diferentes condições econômico-financeiras, interesses e motivações. Outra questão importante, neste caso, contemporânea, ligada diretamente à capacidade de a OMS afetar internacionalmente, com suas resoluções, diz respeito ao desenvolvimento do multilateralismo e do direito internacional. Held (2007, p. 435) sinaliza que os movimentos engendrados em busca do fortalecimento do multilateralismo e o desenvolvimento do direito internacional têm oportunizado o surgimento de novos espaços internacionais de tomadas de decisão, ocupados pela coalizão de agentes sociais envolvidos com os direitos humanos e com outra ordem econômica internacional e por movimentos sociais de resistência à globalização econômica. Esses novos espaços deliberativos, ao aproximar atores sociais de diferentes naturezas, potencializam a identificação de interesses comuns e, por consequência, abrem o leque de possibilidades para a criação de “novas instituições”, o que acaba reverberando na fotografia e no filme da OMS.

Pois bem. Dito isto, recuperemos o fio do trilho, retomando as interpelações geradas na construção do estado da arte da pesquisa de doutorado para, em seguida, tecer algumas linhas sobre a OMS, hoje, e fechar essa narrativa.

Em 2012, compartilhei os questionamentos, mencionados acima, com o antropólogo marxista Tullio Seppilli, em uma entrevista memorável, realizada na *Fondazione Angelo Celli*, Perugia, Itália. No generoso encontro, em que me senti acolhida como pessoa e pesquisadora, Tullio me disse que, na sua visão, as Assembleias de Saúde da OMS poderiam, provavelmente, organizar uma totalidade de respostas a países capitalistas e socialistas para as epidemias, isto é, no âmbito das doenças comunicáveis haveria um mínimo de possibilidades técnicas. Mais que isto, convergiria para um futuro necessariamente incerto: um futuro de risco (LIMA, 2013).

No momento em que recupero esse fragmento da conversa com Tullio, ocorrida há quase uma década, reconheço o quão atual está a sua visão (LIMA, 2013), na conjuntura desse que podemos considerar o “maior drama civilizacional desde o holocausto”: o da pandemia de Covid-19 (COELHO, 2020). Possibilidades técnicas para superar a pandemia é (quase) tudo que desejamos, hoje. Por isso, o contexto nos faz um chamado para que pensemos a OMS de modo descolado de seus paradoxos, limites, controvérsias e ambiguidades.

Ainda que com críticas e interpelações, relacionadas aos diferentes modos e tempos com que os Estados-membros absorveram e vêm absorvendo os mecanismos de *accountability* da OMS, durante a pandemia, o que sinaliza que os postulados da OMS não afetam o comportamento político dos Estados-membros com unidade e disciplina (COELHO, 2020); ainda assim, empresto as palavras de Sridhar e Gostin (2011, p. 1586), citadas por Ventura e Perez (2014, p. 71) e as atualizo: “não há substituto para a OMS”. Não existe outra organização com expertise para orientar o controle global da pandemia de Covid-19, neste momento histórico.

3 65ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NA PRIMAVERA DE 2012.

Entre fevereiro e março de 2012 experimentei, por onze dias, a vida cotidiana da OMS. Na qualidade de doutoranda brasileira, em estágio sanduíche de um ano na *Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione dell'Università di Roma 'La Sapienza'*, a vivência na OMS correspondeu ao trabalho de campo de uma reconstrução etnográfica de abordagem ética da influência da ideia de risco no desenvolvimento do componente estratégico Atenção Primária à Saúde, para serviços nacionais de saúde, protagonizado pela Organização e encadeado em sua construção social entre 1948 e 1978. As fontes primárias da pesquisa foram discursos de presidentes, de um diretor geral e de organizadores de discussões técnicas.

O processo de desenvolvimento da coleta, em Genebra, imprimiu atividades complementares, geradas nas interações estabelecidas com subsistemas da OMS, destacando-se a recepção acolhedora da rede ePORTUGUESe, plataforma de apoio ao desenvolvimento profissional em saúde, nos países

de língua portuguesa (WHO, 2012a). Dessa rede, recebi suporte técnico e o grato convite para participar do encontro com os Ministros da Saúde dos oito países de língua portuguesa, que aconteceria na ocasião da 65ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio, na ONU. O convite abriu caminhos para que eu retornasse dois meses depois e observasse a Assembleia, agregando, desse modo, uma nova base empírica à pesquisa. A 65ª AMS priorizaria dois temas: Reforma da OMS e Questões técnicas e de saúde.

Não posso negar que o encontro com o ‘mundo OMS/ONU’ gerou um impacto substancial, mobilizando questionamentos, percepções, expectativas e afetos. De imediato, a minha inserção na movimentação e a relação com alguns dos artefatos espacialmente dispostos (VITERITTI, 2011; STRATI, 2008; GHERARDI, 1995) mobilizaram sujeitos internos, desencadeando um diálogo entre a pesquisadora que estava ali com recursos públicos, trazendo suas eternas inquietudes sobre o sentido de saúde dos povos para os Estados e para as agências e organismos internacionais. O sujeito profissional, que havia vivido um desencantamento progressivo em seus mais de vinte anos de prática clínica pública e privada, provocado pelo autoritário descolamento entre seu modo biomédico de fazer saúde e a experiência de saúde e doença do outro em seu contexto de vida. O sujeito-instituição que, ao colaborar, em 2009 e 2010, com projetos *lato sensu* na mesma Universidade em que cursava o doutorado, insistia em sugerir reflexões temáticas que estão fora de moda das discussões sobre saúde no século XXI. E a pessoa, em sua condição humana.

Eu tinha muitas dúvidas sobre a acessibilidade para todos os dias do Evento, pois, segundo o site da OMS, a categoria ‘outros participantes’ para as Assembleias era composta por: a) observadores de Estados não membros; b) observadores convidados de acordo com a Resolução 27.37; c) representantes da ONU e de instituições associadas; d) representantes de agências especializadas; e) representantes de organizações intergovernamentais; e f) representantes de organizações não governamentais (WHO, 1949). No entanto, eu contava com o convite da Rede ePORTUGUESe.

Seguindo as orientações do Guia para Delegados (WHO, 2012b), cheguei a Genebra, com antecedência, uma vez que os registros de delegados e de outros participantes poderiam ser feitos no dia anterior ao de abertura da AMS, diretamente na sede. Decidi ir à OMS no domingo para reconhecer o campo.

Ao chegar à sede da Organização, percebi um pequeno movimento de pessoas. Dirigindo-me a um dos seguranças, perguntei sobre os registros para a 65ª AMS. Ele me disse que eu deveria me dirigir ao pessoal do Secretariado. Apresentei-me a uma representante do Secretariado como uma estudante brasileira de doutorado que gostaria de saber o procedimento para fazer o *badget*, necessário para o acesso. Entreguei o passaporte e a Carta-Convite da rede ePORTUGUESe. Ela registrou alguns dados no sistema e disse-me para aguardar um pouco, pois iria falar com a supervisora. Enquanto eu a

aguardava, percebi que o processo de registro fluía de modo tranquilo e ordenado. Após alguns minutos, a atendente retornou e me disse que infelizmente os registros estavam sendo efetuados somente para delegados e observadores convidados das delegações. Disse-me, ainda, que o meu registro se tratava de um credenciamento público e, nesse caso, eu deveria me dirigir diariamente à OMS para fazer o *public badge*. Gentilmente, sugeriu-me retornar no dia seguinte, com certa antecedência, pois a supervisora lhe havia dito que esse tipo de credencial teria um limite diário: 100 *public badges*/dia.

Na manhã seguinte, pude compartilhar o salão de entrada da OMS com várias pessoas e me incluir no grupo no qual cada um de nós começava a ser reconhecido como *public badge*. Fomos orientados pelos seguranças presentes para aguardar em fila até a abertura do credenciamento. Após um tempo, os seguranças souberam que havia pessoas na fila para requerer acesso, não à Assembleia, mas somente aos espaços da OMS. Observado esse fato, pediram aos *public badges* que formassem uma fila distinta, à direita de quem entra. Rapidamente organizaram o fluxo das duas filas com o auxílio de mesas, cadeiras e cordas, tipo *check-in*. Esse rearranjo foi processado em um clima cordial entre os seguranças. Foi interessante observar, naquele momento, citando Strati (2008), uma face simbólica da vida organizativa da OMS e o modo como os seguranças reconduziram a prática – comunicando-se cordialmente pelo olhar e gestos –, sinalizando uma capacidade de codificação simbólica construída socialmente. Esse modelo de comunicação trouxe um colorido que acabou portando serenidade ao espaço tencionado por vários elementos cognitivos e sensoriais.

Uma vez com o registro efetuado, era hora de ir para o evento na ONU. Para minha satisfação, encontrei-me com uma colaboradora e cinco internos portugueses da rede ePORTUGUESe, na saída da OMS. Eles se dirigiam para um dos inúmeros veículos que a OMS havia disponibilizado para realizar o transporte para a ONU. Fui convidada para me juntar a eles e aceitei o convite. No entanto, o motorista, ao olhar para o meu *public badge*, disse-me que eu não poderia acompanhá-los, pois o transporte não estava autorizado para *public badges*. Diante disso, o pessoal, sentindo-se constrangido, provavelmente por se tratar de uma convidada para o encontro da rede ePORTUGUESe no dia seguinte, tentou conseguir uma concessão, mas não foi possível. A regra foi respeitada pelo motorista, sinalizando que a continuidade daquilo que havia sido pactuado pela Organização para atender ao transporte OMS-ONU-OMS deveria ser seguida. Dali, segui para o ponto de ônibus, acompanhada do pensamento de que, no acesso aos trilhos da Assembleia, eu começava a assumir uma nova identidade, produzida na relação mediada por um artefato: *public badge*.

Chegando à ONU, pude reconhecer rapidamente a fila na qual eu deveria me posicionar. Alguns rostos já se me mostravam familiares, eram pessoas do grupo *public badge* com as quais eu havia estado, minutos antes, na fila de credenciamento público na OMS. O reconhecimento começava a

apontar, já naquele primeiro dia, uma característica do grupo que ali estava para observar a AMS: tratava-se de um coletivo heterogêneo, do ponto de vista etário. Algumas pessoas solitárias, outras acompanhadas. Nossos olhares se entrecruzavam e se voltavam para o forte sistema de segurança, nitidamente ordenado. Da entrada principal até o acesso ao espaço público do Salão da Assembleia, havia três barreiras de identificação em ordem decrescente no uso de aparatos técnicos, com aberturas de mochilas na última fiscalização para verificação, principalmente, de material de propaganda, folhetos e megafones.

Seria razoável pensar que, enquanto *public badgets*, deveríamos ter-nos mantido próximos para facilitar o trajeto até a entrada pública do Salão da Assembleia. No entanto, a tensão gerada na primeira fiscalização e o contraste no fluxo das duas filas (delegados e/ou outros membros das delegações e *public badgets*) acabou individualizando o coletivo *public badgets*, posicionando cada um em seu mundo uno e retraindo a disposição para um percurso coletivo rumo ao Salão da Assembleia. Esse elemento do processo acabou sendo debatido entre alguns de nós, *public badgets*, alguns dias depois, nos regulares encontros que mantínhamos no início das manhãs, na OMS.

O percurso até a entrada pública para o Salão da Assembleia demandou alguns minutos, mas representou uma longa viagem. Era nítido o andar acelerado das pessoas, mas percebia-se também um clima de descontração, provavelmente entre aqueles familiarizados com o evento. Alguns encontros se mostravam calorosos, oportuno dizer. Estar presente naquele cenário de indiscutível imponência e beleza arquitetônica, me movimentar ao lado de atores que decidem sobre a saúde dos povos, interagir com artefatos visíveis, dialogar internamente com as categorias inclusão/exclusão, reconhecer a ordem implícita no ambiente, acabou deflagrando questionamentos em outra dimensão: Como se daria a resolutividade das experiências particulares desses atores com os processos de saúde e doença? Como se daria a evolução do sofrimento, desamparo, dor que acompanham a experiência de seus males? Como estariam estruturadas as dimensões espaço e tempo na evolução de seus casos clínicos? Quais estariam aqui lutando pela preservação de sistemas que reconhecem saúde como direito e dever de Estado? E quais estariam alinhados com argumentos da iniciativa privada e mercado?

Imersa nessa com-fusão de questionamentos, segui os avisos indicativos de orientação para o acesso público ao Salão. No caminho, avistei uma movimentação maior em torno de uma mesa. Aproximei-me, vimos que se tratava da distribuição da Revista do dia, impressa nas seis línguas de trabalho da OMS: árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo. Após apropriar-me de um, segui para o Salão da Assembleia.

Plenário cheio. Apertos de mãos. Beijos e abraços. Espaço público cheio. Máquinas fotográficas e filmadoras, no plano superior, registrando o momento. As delegações começavam a ocupar seus assentos, dispostos em ordem alfabética da língua inglesa, começando pela letra B, conforme sorteio

(WHO, 2012b). Um dos ‘B’s, o ‘B’ de *Brazil*. Uma mistura de sentimentos. Naquele momento, foi interessante notar que o grupo identificado no Guia para Delegados para a Assembleia como ‘outros participantes’ (que compõem o padrão da Organização) compartilharia da mesma ambiência que o grupo *public badget*, num plano mais alto, em relação àquele em que tomavam assentos os delegados. Isto é, no Salão da Assembleia, os grupos, até então distintos no sistema de credenciamento e fiscalização, estariam se encontrando no “ponto final”.

Iniciando no horário previsto, o Presidente da 64^a AMS declarava aberta a 65^a AMS. Em seguida, a Assembleia elegeu a comissão de credenciamentos, o presidente, cinco vice-presidentes e presidentes das comissões principais e da mesa da Assembleia. Durante seis dias, os Estados-membros da OMS estariam discutindo, decidindo e aprovando resoluções que geram efeitos na vida de milhares de pessoas, especificamente em suas experiências com o processo saúde-doença. As atividades se encerraram com o discurso do Diretor Geral, Margaret Chan, e com a abertura da Discussão Geral, intitulada Cobertura Universal (WHO, 2012c).

No dia seguinte, a ordem interna foi chegar cedo à OMS para o credenciamento *public badget*. Para tanto, usufruí do inquestionável transporte público. Ao chegar, cumprimentei os seguranças e fui por eles cumprimentada: *Public badget? Por favor, entrem na fila à direita*. O processo de credenciamento transcorreu de modo ainda mais organizado em relação ao dia anterior. A impressão era de que o padrão pactuado pela Organização para os registros começava a se tornar um ente, um ator em si, hábil e conectado com outros atores. As coisas pareciam ter uma regularidade sincronizada. Ordenadamente, a fila se formou e as relações começaram a se estabelecer. Para mim, esse dia trazia um sabor especial: era o dia do encontro da rede ePORTUGUESe. Além desse sabor, outro elemento: naquele dia, quem eu seria? *Public badget?* Ou *public badget* convidado? Em qual fila eu deveria me posicionar na ONU? Bem, ali não era o momento para buscar essas respostas. Então, tratei de assumir a nova identidade, conquistada no dia anterior, fazendo ‘o meu’ *public badget* e seguindo caminho.

Fui para a ONU com uma colega nigeriana. Ao chegarmos lá, o mesmo reconhecimento: duas filas para acesso. Como eu gostaria de me manter junto à colega, acabei ficando na fila *public badget*, ou seja, decidi não perguntar ao segurança se eu poderia ficar na fila dos convidados, uma vez que eu portava o convite do encontro da rede ePORTUGUESe, que aconteceria naquele dia. Caía uma chuvinha fina e observei que chegavam pessoas sem guarda-chuva. Com o passar do tempo, percebi que o contraste entre os fluxos das filas estava mais acentuado do que o do dia anterior. Esse fato começou a desestabilizar o ambiente da fila *public badget*, deflagrando conversas paralelas menos palatáveis e certa irritabilidade no ar. Ao mesmo tempo, percebi que os seguranças estavam desconfortáveis com alguma coisa; eles faziam várias ligações telefônicas. Em seguida, pedindo-nos

paciência, gentilmente nos informaram: *O check-in public budget começará daqui uma hora, às 9h, pois não estamos ainda com acesso aos registros efetuados na OMS devido à queda do sistema.*

O efeito foi imediato: cenário tensionado por atores excluídos do fluxo ordenado, o da fila à esquerda. Protegendo-se, parte dos *public budgets* desconstruiu a fila e juntou-se aos outros, abrigados de alguma maneira da chuva fina. A título de reconhecimento, aproximei-me de um segurança e lhe mostrei o convite da rede ePORTUGUESe, recebendo dele a confirmação de que, naquele dia, eu poderia ter entrado pela fila da esquerda. Às 8h50min, a situação havia sido normalizada: reposicionei-me em fila e fiz o *check-in public budget*.

No percurso, conversávamos, a colega nigeriana e eu, sobre a expectativa para aquele dia, pois sabíamos que transcorreria de modo diverso. As delegações, os observadores enquadrados no padrão da Organização e demais observadores não estariam reunidos no Salão da Assembleia como no dia anterior de abertura, mas distribuídos entre o Salão (Discussão Geral e Discursos de Convidados), a Sala XVIII (Questões Técnicas e de Saúde), e vinte reuniões paralelas. Ao ler a Revista do dia, decidi pelo Salão, onde dariam continuidade à Discussão Geral aberta no dia anterior, sobre Cobertura Universal (WHO, 2012b); a colega nigeriana escolheu outro espaço. No período da tarde, participei do encontro da rede ePORTUGUESe. Rica experiência, cujos limites deste relato não permitem detalhamento.

O protocolo do dia seguinte transcorreu como os dois primeiros: reconhecimento *public budget* na OMS e atividades diárias na ONU. Já no quarto dia, imprimia-se um novo cenário na entrada da OMS, para o credenciamento *public budget*: o número de pessoas era bem menor do que nos três dias anteriores. A maior parte dos que estavam ali era bem jovem, a primeira impressão foi de que a ‘velha guarda’ se havia retirado. Tentando buscar elementos para compreender a diferença de contexto, eu soube pela colega nigeriana que um diretor de uma ONG lhe havia dito que ‘era assim mesmo’: um público relativamente homogêneo nos três primeiros dias e, em sequência, um número reduzido de pessoas. Essa observação se confirmou momentos depois, no espaço do Salão da Assembleia em que nos posicionamos, quando acontecia um dos calorosos debates do Comitê A, no qual se debate a saúde dos povos: havia somente onze observadores externos. Na sexta e no sábado, havia pouquíssimas pessoas no credenciamento da OMS e nos espaços de convivência da ONU, por exemplo, nos corredores, bares, restaurantes e livraria. A fotografia desses espaços dava a ideia de que a Assembleia já havia finalizado. No entanto, Relatórios ainda estavam sendo gerados e/ou concluídos por Grupos de Trabalho para serem encaminhados à Plenária. Oportuno destacar que a aprovação na Plenária dos Relatórios encaminhados pelas Comissões aconteceu nos três últimos dias de Assembleia.

Essa distinção entre a movimentação frenética dos três primeiros dias e a calma dos três últimos apontou para um provável maior interesse de delegações e observadores pelas discussões

geradas nos espaços de trabalhos das Comissões e de reuniões paralelas do que propriamente pelas Plenárias, *locus* de aprovações das Resoluções geradas nas Comissões. O fato evidenciou que a motivação para o Fórum da OMS estava nas atividades dos Grupos de Trabalhos (GTs) específicos e nos encontros informais que alimentam os espaços intersticiais de protocolos e pautas.

Três reflexões emergiram desta experiência: a primeira, sobre a percepção de que a relação complexa entre a condição de imprevisibilidade e as regras instituídas em processos organizativos parece não ter fronteiras; a segunda, de que essa ausência de fronteiras produz exclusão social; e a terceira, sobre a necessidade da OMS tornar público o credenciamento instituído para observadores.

Partilhar da fila *public badget* no contexto de chuva fina, no segundo dia de *check-in* da 65ª AMS na ONU, em Genebra, com pessoas desprotegidas de capas e/ou guarda-chuvas e submetidas a uma norma construída pela organização, remeteu-me a uma situação vivenciada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Brasil, na qual acompanhávamos médicos, enfermeiros e dentistas, no exercício de tutoria de um Curso de Residência em Saúde da Família. Ao chegar à UBS meia hora antes da abertura, com chuva fina, deparei-me com uma fila de pessoas, usuárias, muitas das quais também desprotegidas. Decidi pedir ao guarda que abrisse uma exceção, devido ao contexto de chuva, e abrisse a porta um pouco antes do horário formal. Ouvi dele: *Não posso, cumpro ordens*.

Em seguida ao *Não posso, cumpro ordens*, pensei nas contradições que alimentam o vazio da dimensão ético-política na materialização do direito universal à saúde como direito usufruído: a força de trabalho da UBS e tutores de residentes acessaram a UBS antes do horário de abertura, enquanto os usuários, genuínos pagadores de impostos vinculados àquele território, e, portanto, proprietários daquele espaço público chamado UBS, foram convidados pela norma a aguardar na chuva. Regras existem e são necessárias a qualquer organização. É fato que elas representam discursos aceitos. No entanto, faz-se necessário refletir sobre a necessidade de diálogo, de elasticidade entre norma e cenários singulares nos processos organizativos, seja no contexto de uma organização como a OMS e/ou a ONU, como no contexto de uma UBS de um dos milhares municípios espalhados pelo mundo. É no contexto que se produz saúde e sentir-se socialmente incluído significa sentir-se reconhecido em dignidade, em Saúde.

Ambas as experiências – OMS/ONU e UBS/BR – ensejam a supremacia das normas impostas, em detrimento da valorização do humano, em singularidades (NEUBAUER *et al*, 2020) e remetem à categoria exclusão como questão social. Essa categoria deve ser analisada nas sociedades (fluidificadas) atuais, não como um estado, a partir da categoria exclusão em si, mas como movimentos de exclusão com várias trajetórias distintas, onde todas se ofuscam entre si. Pois, resultam da ausência de foco sobre os processos que rompem a coesão social, bem como da ausência de enfrentamento às

normas do jogo social e econômico que alimenta a vida social contemporânea e produz os incluídos e os excluídos (CASTEL, 2008).

Os movimentos de exclusão na vida social podem ser interpretados a partir do conceito de zonas centrais e zonas periféricas. Enquanto movimentos, os trânsitos entre uma zona e outra são condicionados pela histórica vulnerabilidade social. Nessa lógica, a vida social, nos contextos de chuva mencionados, transcorreu sobre trajetórias periféricas de exclusão geradas por processos hegemônicos, instituídos na zona central de cada contexto (CASTEL, 2008): o processo organizativo da OMS/ONU para a 65ª Assembleia e o processo organizativo da Atenção Primária à Saúde na UBS brasileira. Ou seja, as operações de hegemonia desses processos (GRAMSCI, 2007) acabaram conformando os grupos que estariam no centro e aqueles que estariam à margem.

No entanto, cabe assinalar que as fronteiras entre zona central (geradora de exclusão) e zonas periféricas (receptores de exclusão) não são delimitadas. Nesse sentido, é possível estabelecer novos trânsitos, não mais exclusivos, mas inclusivos, o que requer a busca por determinações da ruptura social que precedem a ocupação da zona periférica. Atuar nesses tipos de cenários para transformá-los requer ações estratégicas que dependem obviamente da análise dos níveis de relação de forças, caso contrário não será possível decidir quais são as estradas para superar tais contextos de exclusão (CASTEL, 2008).

A terceira observação é sobre outra trajetória periférica (CASTEL, 2008) produzida pelo processo organizativo da 65ª AMS: a ausência de informação prévia sobre o número de *public badgets*/dia. O limite de 100 *public badgets*/dia não havia sido divulgado no site da OMS. O Guia para Delegados expressava uma regra universal: ‘O acesso às Nações Unidas e às salas de reuniões será restrito a pessoas portadoras de crachás’ (WHO, 2012b). No entanto, o sistema organizativo da Assembleia não havia tornado público o direito de observação concedido a 100 pessoas/dia, demonstrando, nesse vácuo, um *déficit* de interconexão entre os sistemas. Ademais, é relevante ponderar que a informação sobre credenciamentos públicos em eventos públicos é um direito social e que estudantes e pesquisadores de universidades são, em certa medida, Estados-membros, interessados em observar os processos decisórios gerados nas Assembleias Mundiais de Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES

No texto, recupero aspectos históricos da construção social da OMS e teço paralelos e interpelações sobre alguns elementos correlatos, em distintos momentos históricos da vida da Organização. Em seguida, socializo a experiência de observação da 65ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, em 2012.

Sobre a construção social da OMS, destaco: a Constituição e a Comissão Interina de 1946, o domínio cultural para operar a hegemonia, a construção de confiança em si, a dependência financeira,

as estruturas que garantem seu funcionamento, com ênfase nas Assembleias de Saúde, a provável influência do desenvolvimento do multilateralismo e do direito internacional em seu cotidiano, e a importância da Organização em apoiar as nossas instituições democráticas no controle da Covid-19 e na formação de uma opinião pública informada sobre o tema.

Sobre a experiência de observação da 65ª AMS, compartilho o caminho que fiz no caminhar e a potência de um artefato linguístico – *public badget* – na construção da identidade assumida no evento para concretizar acessibilidade e na produção de novos atores sociais, a partir da condição de observador, ainda que sem direito a voto. Assinalo que a legitimação desses novos atores se deu, em alguns microcontextos, na zona periférica da vida social do evento, aquela colocada à margem da zona central hegemônica, isto é, à margem do processo organizativo da OMS para a 65ª AMS.

Sobre a tessitura de paralelos, ela reforçou a noção de sujeito histórico, ou seja, a noção de que são os momentos históricos que esculpem o modo como entendemos as pessoas, as palavras, as coisas. Há questões inegociáveis, sem dúvida, em se tratando de uma militante que sonha outro projeto civilizatório. Há, entretanto, questões outras que ressignificamos na estrada da vida. Retomar a tese foi uma oportunidade para pensar a OMS com óculos mais pragmáticos, por sentir o quão dependentes estamos todos de seus estudos e orientações, no cenário atual.

A revisão da experiência de observação da 65ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, por sua vez, aguçou o pensamento, em direção à relação texto-contexto, no sentido de que, ao relatá-la eu poderia estimular projetos futuros. Neste momento histórico, é provável que estudantes e pós-graduandos brasileiros militantes do Sistema Único de Saúde, percebam-se mais próximos da OMS e, com efeito, sintam-se estimulados a aventurar-se em seus espaços sociais. Fica aqui uma experiência que valeu a pena!

REFERÊNCIAS

- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, Set. 2006.
- CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: CASTEL, R., WANDERLEY, L. E. W., BELFIORE-WANDERLEY, M. *Desigualdade e a Questão Social*. São Paulo: Educ, 2008, p. 21-54.
- COÊLHO, D. B. C. *O papel da Organização Mundial de Saúde no combate ao coronavírus*. UnB Notícias. Disponível em: <<https://www.noticias.unb.br/artigos-main/4092-o-papel-da-organizacao-mundial-da-saude-no-combate-ao-coronavirus>>. Acessado em 12 de julho de 2021.
- GHERARDI, S. Conoscere ed intervenire nella pubblica amministrazione secondo l'approccio simbolico. In: Pipan T, organizador. *Scienza dell'Amministrazione*. Milano: Franco Angeli, p. 211-239, 1995.
- GRAMSCI, A. *Quaderni del carcere*. 3. ed. v. 3. Torino: Einaudi, 2007.
- HELD, D. *Modelos de democracia*. 3. ed. Madrid: Alianza, 2007
- LIMA, R. C. G. S. Atenção Primária à Saúde como um produto da hegemonia: análise das Assembleias Mundiais de Saúde da OMS, 1948-1978, 298f, *Tese* (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- NEUBAUER, V. S. *et al.* Sustentabilidade é um modo de ser da ética. *Latin American Journal of Development*, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 571-581, nov/dez, 2020.
- STRATI, A. *L'analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*. Roma: Carocci, 2008.
- VENTURA, D.; PEREZ, F. A. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. *Lua Nova*, São Paulo, n. 92, p. 45-77, 2014.
- VITERITTI, A. Corpi sapienti in laboratorio. Apprendere la tecnoscienza in pratica tra disciplinamento e formatività. *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, n. 1, p. 61-82, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1946. *Constitution of the World Health Organization*. New York: OMS, 1946.
- _____, 1948a. Official Records of the World Health Organization N.13. First World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*11-14.1948.
- _____, 1948b. Official Records of the WHO N. 9. *Report of the interim commission to the first WHA - Part I. Activities. Historical Introduction*.
- _____, 1949. Official Records of the World Health Organization N. 21. Second World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*15-22.1949.
- _____, 1951. Official Records of the World Health Organization N. 35. Fourth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*32-36.1951.

_____, 1952. Official Records of the World Health Organization N. 42. Fifth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 41-43. 1952.

_____, 1955. *Chronicle of the World Health Organization*. Vol. 9, N. 7, 1955, p. 204-6.

_____, 1956. Official Records of the World Health Organization N. 71. Ninth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 71-74. 1956.

_____, 2012a. *eportuguese Network Technical Officer*. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <<http://www.bvs.eportuguese.org/php/index.php>>. Acessado em 10 de julho de 2021.

_____, 2012b. *WHA 65*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/e/e_wha65.html>. Acessado em 06 de maio de 2012.

_____, 2012c. *Governing Body Documentation*. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/index.html>>. Acessado em 05 de maio de 2012.