
A OMS e os reflexos das tensões do multilateralismo

The WHO and the repercussions of multilateral tensions

La OMS y las repercusiones de las tensiones multilaterales

Paula Reges, Luana Bermudez, Luiz Augusto Galvão

Resumo: O início do ano é marcado pela retomada e pelo acirramento de velhas e novas discussões no campo da saúde global, do multilateralismo e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de um período que se abre sob forte tensão política e institucional, com a confirmação da saída dos Estados Unidos da OMS, o agravamento das incertezas sobre o financiamento da Organização e impactos diretos sobre o cenário global da saúde. Ao mesmo tempo, avançam negociações complexas e ainda inconclusas relacionadas ao Acordo de Pandemias, em um contexto de sobreposição de crises, decisões e disputas, que reforça a sensação de que múltiplos processos críticos ocorrem simultaneamente. Ao longo deste informe, são analisados os principais entraves em torno do Anexo de Acesso a Patógenos e Compartilhamento de Benefícios, bem como os debates travados no âmbito do Conselho Executivo da OMS. O texto também examina o estágio dos preparativos globais para futuras pandemias e como esses processos se refletem nos espaços decisórios ocupados pelo Brasil e pela Fiocruz, destacando desafios, oportunidades e implicações estratégicas para sua atuação no cenário internacional.

Abstract: *The beginning of the year is characterized by the renewal and intensification of debates, both old and new, within the scope of global health, multilateralism and the World Health Organization (WHO). This period begins under strong political and institutional tension, with the confirmation of the withdrawal of the United States from the WHO, and the worsening of uncertainty regarding the financing of the Organization and the direct repercussions on the global health panorama. Simultaneously, complex and inconclusive negotiations are progressing related to the Agreement on Pandemics, in a context of crisis, decisions and super-responsible disputes, which refutes the feeling that multiple critical processes are being produced simultaneously. Throughout this report, the main obstacles surrounding the Annex on Access to Pathogens and Distribution of Benefits were analyzed, as well as the debates held within the WHO Executive Council. The text also examines the state of global preparedness for future pandemics and how these processes are reflected in the decision-making spaces occupied by Brazil and Fiocruz, highlighting the challenges, opportunities and strategic implications for their role at the international level.*

Resumen: *El inicio del año se caracteriza por la reanudación e intensificación de debates, tanto antiguos como nuevos, en el ámbito de la salud global, el multilateralismo y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este período se inicia bajo una fuerte tensión política e institucional, con la confirmación de la retirada de Estados Unidos de la OMS, el agravamiento de la incertidumbre sobre la financiación de la Organización y las repercusiones directas en el panorama*

sanitario mundial. Simultaneamente, avanza las complejas y aún inconclusas negociaciones relacionadas con el Acuerdo sobre Pandemias, en un contexto de crisis, decisiones y disputas superpuestas, lo que refuerza la sensación de que múltiples procesos críticos se están produciendo simultáneamente. A lo largo de este informe, se analizan los principales obstáculos en torno al Anexo sobre Acceso a Patógenos y Distribución de Beneficios, así como los debates mantenidos en el seno del Consejo Ejecutivo de la OMS. El texto también examina el estado de preparación global para futuras pandemias y cómo estos procesos se reflejan en los espacios de toma de decisiones ocupados por Brasil y Fiocruz, destacando los desafíos, las oportunidades y las implicaciones estratégicas para su papel en el ámbito internacional.

Palavras Chave: Acordo de Pandemias, PABS, Missão de 100 dias, OMS, Conselho Executivo

PABS e o Acordo de Pandemias

A continuidade das negociações sobre o Sistema de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios (PABS, sigla em inglês) ocorre em um momento de elevada densidade política, institucional e simbólica para a governança global da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou que a quinta reunião do Grupo de Trabalho Intergovernamental (IGWG) sobre o Acordo de Pandemias acontece entre 9 e 14 de fevereiro de 2026, na sede da OMS, em Genebra, em formato híbrido. Esta rodada acontece quando restam apenas doze dias formais de negociação até o prazo considerado absoluto de maio de 2026, quando a Assembleia Mundial da Saúde deverá receber um texto final do Anexo sobre PABS para apreciação e deliberação.

As negociações foram retomadas em Genebra em um contexto politicamente carregado. O reinício coincidiu com o primeiro aniversário do anúncio da retirada dos Estados Unidos da OMS, um marco simbólico da fragilização do multilateralismo em saúde. Em paralelo, observa-se a intensificação de acordos bilaterais firmados pelos Estados Unidos com países africanos, já somando quinze memorandos de entendimento, que trocam assistência técnica, apoio logístico e cooperação em cadeias de suprimentos por acesso a amostras de patógenos, dados genéticos e informações epidemiológicas. Esses acordos, frequentemente associados a interesses comerciais mais amplos, tensionam diretamente a lógica do PABS ao deslocarem o compartilhamento de patógenos do âmbito multilateral para arranjos assimétricos, negociados fora da governança da OMS.

Esse pano de fundo torna ainda mais complexa a tarefa do IGWG, responsável por operacionalizar os princípios estabelecidos no artigo 12 do Acordo de Pandemias, adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2025. Embora a adoção do Acordo tenha sido celebrada como uma vitória do multilateralismo em um ano marcado por retrações cooperativas, sua entrada em vigor permanece condicionada à conclusão de um Anexo sobre PABS. Essa foi uma solução incomum, mas fruto possível, no direito internacional, que suspende a efetividade do tratado até que seu componente mais sensível seja plenamente acordado.

No centro das negociações está uma tensão histórica ainda não resolvida: como assegurar o compartilhamento rápido, transparente e confiável de patógenos com potencial pandêmico e de suas informações de sequência genética, os quais são fundamentais para vigilância, avaliação de risco e desenvolvimento de vacinas, terapêuticos e diagnósticos, sem reproduzir as assimetrias observadas durante a pandemia de COVID-19, quando o acesso aos benefícios derivados desse conhecimento foi profundamente desigual?

Desde o início dos trabalhos do IGWG, em meados de 2025, essa clivagem tem estruturado

as posições dos diferentes blocos de países. Em agosto daquele ano, a submissão de dezessete propostas textuais por Estados-membros, refletindo as posições de cerca de cem países, já evidenciava divergências profundas quanto à natureza, ao alcance e ao grau de obrigatoriedade do futuro sistema de PABS. Países de baixa e média renda, organizados principalmente no Grupo da África e no Grupo pela Equidade (do qual o Brasil faz parte), têm defendido um modelo baseado em obrigações vinculantes de repartição de benefícios, incluindo acesso garantido e tempestivo a vacinas, terapêuticos e diagnósticos como contrapartida direta ao compartilhamento rápido de amostras e dados genéticos.

Esses países enfatizam a centralidade da transparência, da rastreabilidade e da previsibilidade, defendendo um papel robusto da OMS na administração do sistema e a supervisão por uma futura Conferência das Partes do Acordo de Pandemias. Nesse contexto, ganham destaque as propostas de incorporação de contratos padronizados (tanto para materiais biológicos quanto para informações de sequência digital), que são inspirados em experiências existentes, como o Marco de Preparação para Pandemias de Influenza (PIP). Para esses países, a contratualização não é um detalhe técnico, mas o principal mecanismo capaz de conferir segurança jurídica, capacidade de enforcement e equilíbrio de poder frente a atores privados globais.

Em contraste, países de alta renda seguem priorizando a proteção do ecossistema de inovação biomédica, defendendo o acesso aberto a dados de sequenciamento genético e compromissos flexíveis e predominantemente voluntários de repartição de benefícios. O argumento recorrente é que obrigações rígidas poderiam desincentivar investimentos, atrasar a pesquisa e comprometer a colaboração científica internacional, ainda fortemente concentrada no Norte Global. Essa posição desloca o debate da equidade estrutural para soluções ad hoc, dependentes da boa vontade corporativa.

As discussões recentes no IGWG têm se organizado em torno de três grandes eixos: escopo e definições, operacionalização do sistema e governança. Embora haja algum avanço pontual, especialmente na definição de patógenos com potencial pandêmico, permanecem em aberto questões centrais relativas à obrigatoriedade da repartição de benefícios, aos mecanismos jurídicos de implementação e à efetividade da governança proposta.

Essas tensões tornaram-se particularmente explícitas durante a quarta sessão do IGWG, realizada em dezembro de 2025. Na ocasião, cerca de oitenta países em desenvolvimento apresentaram propostas de contratos padronizados que estabeleceriam termos claros de uso para materiais biológicos e informações de sequência genética com potencial pandêmico, incluindo cláusulas sobre repartição justa e equitativa de benefícios. A reação da União Europeia foi marcada por forte resistência. O bloco europeu se opôs à abertura de negociações formais sobre esses contratos, insistindo em um modelo que substitui direitos internacionalmente reconhecidos por compromissos voluntários de boa vontade corporativa.

A posição europeia prevê que apenas alguns fabricantes farmacêuticos optem por firmar contratos com a OMS para disponibilizar até 20% de sua produção de vacinas, terapêuticos e diagnósticos em contextos de emergência pandêmica, sendo apenas 10% garantidos como doação. Mesmo esse compromisso limitado não seria condição prévia para o acesso a amostras ou dados, nem se aplicaria a todos os usuários do sistema. Na prática, a maioria dos atores que acessariam materiais e informações do PABS permaneceria isenta de qualquer obrigação de repartição de benefícios, inclusive quando obtivessem ganhos econômicos significativos. Esse assunto foi discutido amplamente em publicação do [Third World Network](#), que recomendamos a leitura (1).

Essa assimetria é agravada pela tentativa europeia de exigir que o Anexo do PABS seja

declarado consistente com a Convenção sobre Diversidade Biológica e o Protocolo de Nagoya, ao mesmo tempo em que se pleiteia a isenção ampla de materiais, dados e produtos farmacêuticos derivados do PABS dos regimes nacionais e regionais de acesso e repartição de benefícios. Trata-se de uma contradição jurídica e política profunda: rejeitam-se obrigações vinculantes no plano multilateral enquanto se busca esvaziar a autoridade regulatória dos Estados no plano doméstico, criando um vácuo normativo que amplia os riscos de biopirataria, inclusive em sua forma digital.

A resistência europeia também se estendeu a elementos estruturantes do sistema, como a criação de uma Rede Laboratorial Coordenada pela OMS e o reconhecimento de bases de dados de sequenciamento sujeitas à supervisão da futura Conferência das Partes. Ao questionar a necessidade desses mecanismos e rejeitar dispositivos de rastreabilidade e identificação de usuários, enfraquece-se a possibilidade de monitoramento, responsabilização e cumprimento efetivo das obrigações de repartição de benefícios.

Em contraste, os países em desenvolvimento reiteraram que contratos padronizados são prática corrente tanto na ciência quanto na indústria, como demonstram o próprio PIP e os acordos de acesso a dados utilizados por plataformas amplamente reconhecidas, como o GISAID. Para esses países, a ausência de contratos tornaria o Anexo do PABS incapaz de produzir efeitos jurídicos concretos sobre os usuários finais de materiais e informações, esvaziando sua função regulatória.

As divergências se aprofundaram também em torno das definições centrais do sistema. Propostas baseadas em listas dinâmicas de patógenos, sob controle exclusivo do Diretor-Geral da OMS, foram rejeitadas por diversas delegações por restringirem excessivamente a autonomia dos Estados. Da mesma forma, a tentativa de restringir a definição de fabricantes, excluindo desenvolvedores que detêm direitos de propriedade intelectual, foi percebida como uma estratégia para reduzir o alcance das obrigações de repartição de benefícios, em contraste com precedentes existentes.

No que se refere à operacionalização do PABS, persistem críticas contundentes à tentativa de separar temporalmente o acesso aos materiais e dados da repartição de benefícios. Países do Grupo da África e do Grupo pela Equidade reiteraram que a lógica do sistema deve ser simultânea e indissociável: não pode haver compartilhamento rápido sem garantias claras, antecipadas e executáveis de benefícios. A recusa em estabelecer a assinatura de contratos como pré-requisito para todos os usuários do sistema foi identificada como um dos principais pontos de fragilização do arranjo em negociação.

As propostas relativas às categorias de usuários e às modalidades de repartição de benefícios aprofundaram o descontentamento dos países em desenvolvimento. A distinção artificial entre fabricantes e desenvolvedores, o tratamento de licenças não exclusivas e transferência de tecnologia como opções discricionárias, a ausência de compromissos concretos durante emergências de saúde pública de importância internacional e a indefinição temporal sobre a entrega de benefícios foram amplamente criticadas. Particularmente sensível foi a tentativa de classificar o simples reconhecimento acadêmico como forma de repartição de benefícios, esvaziando o conceito de sua dimensão material e estrutural.

Por fim, as discussões sobre a criação e o papel do Grupo Consultivo do PABS evidenciaram novas fissuras quanto à governança do sistema. Enquanto alguns países defendem um órgão predominantemente técnico, subordinado ao Diretor-Geral da OMS, outros insistem na centralidade da futura Conferência das Partes, tanto na definição de mandatos quanto na supervisão

política e normativa das recomendações produzidas.

Nesse cenário, as premissas para a próxima reunião do IGWG são marcadas por um paradoxo evidente. Há consciência crescente de que o tempo se esgota e de que algum grau de compromisso será necessário para cumprir o mandato conferido pela Assembleia Mundial da Saúde. Ao mesmo tempo, persistem divergências estruturais profundas sobre o modelo de PABS que se pretende construir. Ganha força, assim, a possibilidade de que apenas parte dos elementos do sistema seja acordada até maio de 2026, com temas centrais (como financiamento, obrigações vinculantes e mecanismos de enforcement) sendo postergados para uma futura Conferência das Partes.

Esse adiamento não é neutro. Ao ocorrer em paralelo à fragmentação da cooperação internacional e à proliferação de acordos bilaterais assimétricos, ele pode comprometer a credibilidade e a efetividade do próprio Acordo de Pandemias. A reunião de fevereiro de 2026, portanto, não é apenas mais uma etapa técnica, mas um teste político decisivo sobre a capacidade do multilateralismo em saúde de enfrentar desigualdades estruturais e de construir um sistema de preparação e resposta a pandemias que seja, de fato, mais justo, previsível e solidário.

Missão de 100 dias: estamos mais preparados?

Em paralelo às negociações do Acordo Pandêmico e de seu Anexo sobre PABS, outro eixo central da agenda global de preparação para pandemias voltou ao centro do debate internacional com o lançamento, em Paris, do Quinto Relatório de Implementação da Missão dos 100 Dias. O relatório, divulgado pelo International Pandemic Preparedness Secretariat (IPPS), traz uma avaliação crítica do estado atual da prontidão global para desenvolver, aprovar e disponibilizar diagnósticos, terapêuticos e vacinas em até 100 dias após a identificação de uma ameaça pandêmica (2).

A Missão dos 100 Dias surgiu no contexto pós-COVID-19 como uma ambição política e técnica para romper com os atrasos observados na resposta à pandemia, quando vacinas, testes e tratamentos chegaram tardiamente — e de forma profundamente desigual — à maior parte do mundo. Seu objetivo é assegurar que, diante de uma nova ameaça pandêmica, existam capacidades científicas, regulatórias, industriais e logísticas suficientes para acelerar o ciclo completo de inovação, do laboratório à escala produtiva, em um prazo drasticamente reduzido, sem repetir as assimetrias de acesso observadas entre países e regiões.

O relatório lançado em janeiro de 2026, no entanto, alerta que essa ambição está hoje sob forte risco. Segundo o relatório (2), a preparação global para pandemias tornou-se “crescentemente frágil em um contexto de aumento dos riscos geopolíticos e de biossegurança”. O documento identifica uma combinação de fatores estruturais que comprometem a viabilidade do objetivo dos 100 dias: queda contínua do investimento em pesquisa e desenvolvimento de contramedidas pandêmicas, forte dependência de um número reduzido de financiadores, concentração excessiva dos pipelines de inovação em estágios iniciais e avanços lentos nos sistemas habilitadores, como regulação, ensaios clínicos, compartilhamento de dados e coordenação produtiva.

O relatório é particularmente enfático ao apontar que os cortes significativos em orçamentos globais de saúde e pesquisa ao longo de 2025 expuseram vulnerabilidades profundas do ecossistema de preparação. Programas foram encerrados, cadeias de desenvolvimento foram interrompidas e a fragilidade dos modelos de financiamento tornou-se evidente, especialmente no campo dos terapêuticos, considerado hoje o elo mais fraco da tríade diagnósticos–vacinas–tratamentos.

Essas fragilidades não são abstratas. Associa-se diretamente a eventos recentes, como os surtos de mpox, que apesar de não mais uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS, continua como emergência continental na África, o risco contínuo de spillover zoonótico do H5N1 e os surtos de Ebola, Marburg, Febre do Vale do Rift, Chikungunya e sarampo. Esses episódios expuseram falhas persistentes na detecção precoce, na coordenação internacional e, sobretudo, no acesso equitativo às contramedidas médicas.

Um elemento inovador do Quinto Relatório é a inclusão, pela primeira vez, de uma análise aprofundada das capacidades de preparação e resposta a pandemias no continente africano. Atendendo a demandas históricas de países de baixa e média renda, o Scorecard da Missão dos 100 Dias passa a avaliar de forma mais granular capacidades em ensaios clínicos, sistemas laboratoriais, marcos regulatórios e produção. Embora reconheça pressões significativas, o relatório destaca avanços importantes, como o fortalecimento regulatório e o crescimento da capacidade manufatureira em alguns países, citando Ruanda como exemplo de integração da Missão dos 100 Dias aos planos nacionais de preparação.

Nesse contexto, 2026 é identificado como um ano decisivo. Com a preparação para a Reunião de Alto Nível da ONU sobre Prevenção, Preparação e Resposta a Pandemias, o relatório define quatro prioridades estratégicas: operacionalizar a Coalizão para o Desenvolvimento de Terapêuticos, fortalecer a coordenação do ecossistema de diagnósticos, sustentar investimentos em vacinas com maior alinhamento entre Dx, Vx e Tx, e definir um mecanismo sustentável de monitoramento da preparação pandêmica no longo prazo.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) participou diretamente da construção do Quinto Relatório de Implementação da Missão dos 100 Dias, contribuindo como uma das fontes de informação sobre capacidades científicas, produtivas e institucionais no Sul Global, especialmente no campo de vacinas, biotecnologia e fortalecimento regional. Essa participação reforça o reconhecimento internacional do papel da Fiocruz como ator estratégico na agenda de preparação e resposta a pandemias, articulando ciência, produção, sistemas de saúde e equidade.

O presidente da Fiocruz, Mario Moreira, esteve presente no evento de lançamento do relatório, realizado no PariSanté Campus, em Paris, integrando um painel dedicado ao tema “Transformar inovação em impacto: avançar a equidade em vacinas”. Em sua intervenção, Moreira situou o debate sobre a Missão dos 100 Dias em um contexto mais amplo de transformações simultâneas nos campos da ciência, da política, do financiamento e da governança global da saúde, ressaltando que as iniquidades em saúde não são abstratas, mas profundamente enraizadas em determinantes sociais, doenças negligenciadas e modelos de inovação orientados pelo mercado.

Ao abordar a recém-criada Coalizão Global para Produção Local e Regional, Inovação e Acesso Equitativo — estabelecida pelos Ministros da Saúde do G20 em 2024 — Moreira destacou que a iniciativa parte do reconhecimento de que o acesso equitativo exige ação coordenada e sistêmica, e não esforços fragmentados. Ressaltou que a Coalizão foi desenhada com uma governança inclusiva, envolvendo países fundadores, entidades regionais e uma secretaria executiva, e que seu objetivo central é garantir que produtores regionais tenham agência real, não apenas como locais de manufatura, mas como parceiros estratégicos capazes de influenciar prioridades, decisões de investimento e trajetórias de inovação.

Enfatizou ainda que evitar a fragmentação e assegurar a sustentabilidade econômica e institucional dos polos produtivos regionais são preocupações centrais. Para isso, a Coalizão adota uma abordagem pragmática, baseada em projetos concretos, já em produção ou em estágios avançados de desenvolvimento, capazes de demonstrar viabilidade e gerar evidências para

futuras escalas de expansão.

Ao tratar da integração entre diagnósticos, vacinas e terapêuticos, o Presidente argumentou que o maior impacto dessa abordagem integrada está no fortalecimento do ecossistema de inovação em saúde como um todo. Segundo ele, a construção de capacidades industriais, regulatórias e de qualidade em qualquer um desses segmentos fortalece os demais, criando um continuum produtivo e tecnológico mais resiliente. Essa integração, destacou, também traz ganhos operacionais claros, desde o uso compartilhado de cadeias de frio e logística até o fortalecimento de sistemas regulatórios e a redução de gargalos.

Por fim, ao abordar como incorporar acesso e equidade nas atividades de desenvolvimento de vacinas, sublinhou-se que esses princípios precisam estar presentes desde a fase de concepção, e não apenas na etapa de entrega. Ele destacou que, no caso da Fiocruz, acesso e equidade fazem parte do mandato institucional, ancorado no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso se traduz em parcerias que incorporam, desde o início, compromissos com preços acessíveis, produção local ou regional, transferência voluntária de tecnologia e fortalecimento de capacidades humanas e institucionais. A experiência de Bio-Manguinhos, desde a década de 1970, e o papel da Fiocruz como hub de tecnologia de mRNA foram citados como exemplos de uma estratégia que combina inovação, autonomia tecnológica e cooperação Sul-Sul.

Esse conjunto de mensagens dialoga diretamente com as conclusões do Quinto Relatório da Missão dos 100 Dias. Se, por um lado, o documento alerta para a fragilidade crescente da preparação global, por outro, aponta que a construção de sistemas integrados, distribuídos e cooperativos, com protagonismo regional e compromisso com a equidade, são condições indispensáveis para transformar a ambição dos 100 dias em uma capacidade real, sustentável e justa.

Resolução sobre Saúde das Populações Indígenas e seu plano de ação

Outro desenvolvimento relevante na agenda multilateral de saúde global diz respeito à elaboração do Plano Global de Ação para a Saúde dos Povos Indígenas (3), atualmente em discussão no âmbito da Organização Mundial da Saúde. Trata-se de um processo político e normativo de grande densidade, que dialoga diretamente com debates mais amplos sobre equidade, direitos humanos, determinantes sociais da saúde, colonialidade e os limites dos modelos universais de formulação de políticas globais.

A iniciativa tem origem na Assembleia Mundial da Saúde de 2023, quando foi adotada a resolução WHA76.16 sobre a saúde dos povos indígenas. O Brasil teve papel central nesse processo, tendo sido o principal proponente da resolução, articulando apoio político entre diferentes regiões e consolidando o tema como uma prioridade da agenda da OMS. A resolução reconhece explicitamente que os povos indígenas têm direito ao mais alto padrão possível de saúde física e mental e chama atenção para as profundas e persistentes desigualdades que afetam essas populações em múltiplas dimensões.

O texto da resolução se ancora em evidências acumuladas por organismos das Nações Unidas, que apontam que povos indígenas apresentam, em média, menor expectativa de vida, maior dificuldade de acesso a serviços de saúde e exposição desproporcional a determinantes adversos, como pobreza, moradia precária, violência, racismo, discriminação, deficiência, poluição ambiental, insegurança alimentar, falta de acesso à educação, proteção social, água e saneamento, além de vulnerabilidade acentuada aos impactos das mudanças climáticas e de

emergências ambientais e sanitárias.

Estima-se que os povos indígenas representem cerca de 6% da população mundial (aproximadamente 476 milhões de pessoas) distribuídas em mais de 5.000 grupos distintos, em cerca de 90 países. Essa diversidade implica realidades sociais, culturais, ambientais e epidemiológicas profundamente heterogêneas. Para muitos povos indígenas, saúde é concebida de forma holística, como um equilíbrio integrado entre dimensões físicas, mentais, espirituais, culturais, sociais e ambientais, uma visão que frequentemente entra em tensão com modelos biomédicos convencionais e sistemas de saúde pouco sensíveis à interculturalidade.

A resolução WHA76.16 solicitou ao Diretor-Geral da OMS o desenvolvimento de um Plano Global de Ação para a Saúde dos Povos Indígenas, a ser submetido à consideração da Assembleia Mundial da Saúde, por meio do Conselho Executivo. Desde então, a Secretaria da OMS vem conduzindo um processo gradual de elaboração do plano, em consulta com Estados Membros, representações de povos indígenas, agências do sistema ONU, academia, sociedade civil e outros atores relevantes.

Entre 2024 e 2025, a Secretaria, em colaboração com especialistas, realizou uma ampla revisão da literatura sobre a saúde dos povos indígenas, com o objetivo de construir uma base de evidências robusta e global. Os resultados preliminares foram apresentados em fóruns especializados, incluindo o Mecanismo de Especialistas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, e subsidiaram tanto o draft do plano quanto um documento de contexto que sintetiza desigualdades em saúde, níveis de acesso aos serviços e determinantes sociais e estruturais.

Em 2025, foi elaborado um primeiro rascunho completo do Plano Global de Ação (3), submetido a uma rodada ampla de contribuições escritas. O processo de consulta teve participação significativa: até novembro de 2025, mais de uma centena de submissões haviam sido recebidas, incluindo contribuições de Estados, organizações indígenas, entidades multilaterais, academia e sociedade civil. O desenho do plano reflete a ambição de funcionar como um marco orientador global, adaptável aos contextos nacionais, reconhecendo que o peso demográfico e político dos povos indígenas varia enormemente entre países e regiões.

O draft do Plano Global de Ação está estruturado em torno de cinco áreas prioritárias. A primeira diz respeito à produção de evidências sobre a saúde dos povos indígenas, reconhecendo a escassez histórica de dados desagregados e culturalmente sensíveis. A segunda trata da garantia de serviços de saúde disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de qualidade, enfrentando barreiras geográficas, culturais, linguísticas e institucionais. A terceira enfatiza a participação efetiva dos povos indígenas na tomada de decisões em saúde, por meio de representantes escolhidos segundo seus próprios procedimentos. A quarta prioriza abordagens interculturais e o reconhecimento dos conhecimentos indígenas e das medicinas tradicionais como componentes legítimos da cobertura universal de saúde. A quinta aborda os impactos da mudança do clima, da perda de biodiversidade, da poluição e da degradação ambiental sobre a saúde indígena, articulando saúde, meios de subsistência sustentáveis e resiliência comunitária.

Um elemento central do draft é a adoção do princípio do consentimento livre, prévio e informado como eixo transversal do plano, em consonância com a resolução WHA76.16 e com a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. O plano propõe uma abordagem holística, baseada em direitos humanos, equidade de gênero e reconhecimento dos saberes indígenas, além de enfrentar formas múltiplas e interseccionais de discriminação ao longo do curso de vida, com forte ancoragem na atenção primária à saúde.

Apesar dos avanços conceituais, o processo tem enfrentado desafios importantes. Limitações

orçamentárias, dificuldades logísticas, barreiras linguísticas e a necessidade de modalidades de consulta culturalmente apropriadas restringiram a capacidade da Secretaria de realizar consultas presenciais amplas. Diante disso, o Conselho Executivo da OMS decidiu postergar em um ano a submissão final do Plano Global de Ação à Assembleia Mundial da Saúde, adiando sua consideração para maio de 2027.

A decisão foi apresentada como uma escolha deliberada por legitimidade e inclusão, em detrimento da velocidade. Delegações de diferentes regiões destacaram que um plano construído sem assegurar plenamente o consentimento livre, prévio e informado dos povos indígenas correria o risco de perder credibilidade e efetividade. Países africanos enfatizaram a necessidade de mecanismos de consulta adaptados às realidades culturais e linguísticas locais.

O Brasil teve atuação destacada nesse debate, reforçando a posição do Grupo Africano ao alertar para os riscos de consultas conduzidas exclusivamente por meios digitais. A delegação brasileira chamou atenção para as desigualdades de acesso à conectividade e para o risco de silenciamento de vozes indígenas em processos excessivamente tecnocráticos, defendendo modalidades de participação mais inclusivas e territorializadas (3).

Organizações da sociedade civil e atores humanitários também apoiaram o adiamento, ressaltando que o tempo adicional deve ser usado para fortalecer a participação social e a liderança indígena, bem como para promover um diálogo mais profundo entre sistemas de saúde ocidentais e práticas tradicionais. A valorização das medicinas indígenas e dos saberes locais foi apontada como condição essencial para uma abordagem verdadeiramente holística da saúde.

Ao mesmo tempo, o debate revelou tensões políticas profundas. A intervenção da Indonésia, questionando a aplicabilidade do conceito de “povos indígenas” em seu contexto nacional, expôs disputas históricas ligadas à identidade, colonialismo, território e soberania. Essa posição tem implicações diretas para conflitos contemporâneos envolvendo terra, desmatamento e impactos sanitários de grandes projetos econômicos, fenômeno que também afeta comunidades indígenas na África e na Amazônia latino-americana.

Esse conjunto de debates evidencia a complexidade de se construir uma estratégia global para a saúde dos povos indígenas que seja, ao mesmo tempo, normativa, operacional e politicamente legítima. O processo em curso na OMS ilustra os limites e as possibilidades do multilateralismo em lidar com populações historicamente marginalizadas, cujas demandas desafiam modelos universais e exigem abordagens sensíveis à diversidade, ao território e à autodeterminação. A postergação do plano, longe de representar um retrocesso automático, coloca no centro da agenda a pergunta crucial sobre como transformar compromissos globais em políticas que respeitem, de fato, os direitos, os saberes e as prioridades dos povos indígenas.

Principais temas do Conselho Executivo da OMS

A 158ª sessão do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (Executive board ou EB, inglês), realizada entre 2 e 7 de fevereiro de 2026, consolidou-se como um dos encontros mais densos do ponto de vista estratégico desde o início do atual ciclo de reformas da organização. A reunião teve início em um contexto marcado por deliberações particularmente difíceis no Comitê de Programa, Orçamento e Administração (PBAC), que se reuniu entre 28 e 31 de janeiro. Nesse cenário, a OMS se vê pressionada por uma grave restrição financeira e por uma realidade geopolítica complexa, com impactos diretos sobre a saúde global. Ao mesmo tempo,

os Estados Unidos continuam a deixar um espaço que ainda não foi ocupado.

Em um cenário marcado por restrições financeiras, erosão da confiança no multilateralismo e sobreposição de crises sanitárias, climáticas e humanitárias, o Conselho funcionou menos como um espaço meramente procedimental e mais como uma arena de redefinição de prioridades centrais da ação da OMS. A instituição enfrenta desafios evidentes e muito dependerá de se, e de como, os Estados-membros conseguirão conduzir a organização para fora dessa crise.

As falas de abertura e encerramento do Diretor-Geral, Tedros Adhanom Ghebreyesus (4), funcionaram menos como um balanço administrativo e mais como um esforço deliberado de enquadramento político, ao afirmar continuidade, relevância e autoridade institucional em um contexto marcado por fragmentação, retração de financiamento, tensões geopolíticas e questionamentos crescentes à legitimidade do multilateralismo.

Ao caracterizar 2025 como um ano de “contrastes extremos”, Tedros buscou sustentar uma narrativa de resiliência institucional. De um lado, destacou avanços normativos e políticos considerados históricos, incluindo a adoção do Acordo de Pandemias, a entrada em vigor das emendas ao Regulamento Sanitário Internacional, o aumento progressivo das contribuições obrigatórias e a declaração política da ONU sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e saúde mental. De outro, reconheceu abertamente que a Organização atravessou um dos períodos mais difíceis de sua história recente, com cortes abruptos de financiamento, redução do quadro de pessoal e impactos diretos da retração da ajuda bilateral sobre sistemas de saúde nacionais.

Essa tensão entre ambição normativa e fragilidade material atravessou todo o discurso e ajuda a compreender o tom do EB. A insistência em que a Organização “pertence aos Estados Membros” não foi apenas retórica institucional, mas resposta direta a um cenário em que alguns países anunciam retirada formal, outros mantêm vínculos seletivos, e cresce o recurso a arranjos paralelos, regionais ou bilaterais, à margem da OMS. Nesse contexto, o EB aparece como um espaço simultaneamente técnico e político, onde se negociam não apenas prioridades programáticas, mas os próprios contornos da autoridade da Organização.

Tedros estruturou sua intervenção em torno do GPW 14 e de seus “cinco Ps”, detalhando uma impressionante lista de entregas em promoção da saúde, cobertura universal, acesso a medicamentos, resposta a emergências e transformação institucional. No entanto, por trás desse inventário de resultados, emergiu um argumento central: a OMS segue entregando apesar das restrições, mas o faz em condições cada vez mais assimétricas e instáveis. A recorrente menção a “pockets of poverty” dentro do orçamento, à dependência persistente de contribuições voluntárias altamente carimbadas e à dificuldade de financiar áreas críticas como preparação para emergências, Resistência Antimicrobiana e determinantes sociais da saúde evidencia os limites estruturais do modelo atual.

É nesse ponto que o discurso se conecta diretamente às discussões mais sensíveis do EB. A defesa enfática do aumento das contribuições obrigatórias não é apenas uma questão financeira, mas uma aposta política na independência normativa da OMS. Quando Tedros fala em “não dependência de um punhado de doadores” e em liberdade para “dizer o que a evidência diz, sem medo ou favor”, ele responde tanto à volatilidade do financiamento quanto às pressões políticas explícitas que atravessam a Organização, inclusive no contexto das retiradas anunciadas e das disputas em torno do cumprimento de obrigações financeiras por alguns Estados.

Ao mesmo tempo, o Diretor-Geral reconheceu que a crise abriu espaço para uma OMS “mais enxuta”, mais focada em seu mandato central e em sua vantagem comparativa. Essa narrativa de racionalização e foco dialoga diretamente com os debates do EB sobre reforma da governança, priorização de agendas e redefinição do papel da Organização dentro de um ecossistema

global de saúde cada vez mais fragmentado. A proposta de iniciar um processo conjunto de reflexão sobre a arquitetura global da saúde, ou “ecossistema”, reforça a percepção de que o multilateralismo clássico já não dá conta, sozinho, das múltiplas camadas de atores, interesses e instrumentos hoje em jogo.

Ainda assim, o discurso evitou enfrentar frontalmente algumas das tensões mais visíveis no próprio EB, como as disputas entre soberania estatal e bens públicos globais, ou as assimetrias de poder que moldam quem define prioridades, quem financia e quem decide. Tampouco abordou de forma direta os desafios colocados pela ampliação de demandas por participação de atores não estatais nos processos decisórios da OMS, tema que atravessa outras agendas do Board, como o Plano de Ação Global e os debates sobre participação, custos de engajamento e mecanismos como o ECO.

Nesse sentido, o Executive Board se apresentou como um espaço paradoxal. De um lado, reafirmou-se como fórum central de coordenação e orientação estratégica da OMS, capaz de produzir consensos mínimos mesmo em um ambiente politicamente carregado. De outro, expôs as fraturas de um sistema em que Estados reafirmam soberania seletivamente, a legitimidade do multilateralismo é constantemente negociada, e a inclusão de novos sujeitos políticos, que desafia modelos tradicionais de governança internacional.

Para além da agenda sobre povos indígenas mencionada em nosso informe, a sessão evidenciou uma tentativa clara de recentrar a organização em funções consideradas “estruturantes” dos sistemas de saúde, com destaque para a adoção consensual do draft da Estratégia Global para o Cuidado Integrado em Emergência, Atenção Crítica e Cirúrgica (Integrated Emergency, Critical and Operative Care – ECO), para o período de 2026 a 2035. O ECO emergiu não apenas como mais uma estratégia setorial, mas como um eixo transversal capaz de articular cobertura universal de saúde, preparação e resposta a emergências, resiliência climática e proteção social (5).

A centralidade conferida ao ECO reflete um diagnóstico amplamente compartilhado no Conselho: os sistemas de saúde seguem profundamente fragmentados, hospitalocêntricos e desiguais, incapazes de responder de forma contínua e integrada às necessidades da população ao longo do curso de vida. Serviços de emergência, atenção crítica e cirurgia, embora respondam a uma parcela significativa da carga global de mortalidade e incapacidade, permanecem historicamente invisibilizados nas agendas de UHC, subfinanciados e tratados como componentes especializados, e não como funções essenciais do sistema.

A estratégia ECO propõe uma ruptura explícita com essa lógica ao definir emergência, atenção crítica e cuidado cirúrgico como um continuum interdependente, que deve ser planejado, financiado e governado de forma integrada, com forte ancoragem na atenção primária à saúde. Nesse modelo, a atenção primária deixa de ser apenas a “porta de entrada” do sistema e passa a desempenhar funções centrais de reconhecimento precoce de agravos, ativação do sistema, coordenação do cuidado, encaminhamento oportuno e continuidade assistencial. O Conselho foi enfático ao reconhecer que não há emergência bem respondida quando o primeiro ponto de contato com o sistema é frágil, desarticulado ou inacessível.

No campo da cobertura universal de saúde, o ECO tensiona diretamente abordagens restritas de definição de pacotes de serviços. A estratégia afirma que pacotes de UHC que excluem serviços essenciais de emergência, atenção crítica e cirurgia comprometem a efetividade de todo o sistema, ampliam desigualdades e expõem indivíduos e famílias a gastos catastróficos. Ao trazer dados sobre mortalidade evitável, anos de vida perdidos e impacto econômico associado à ausência de ECO, o documento reforça que o investimento nesses serviços não é apenas clinicamente necessário, mas também altamente custo-efetivo e amplificador do impacto de

outras intervenções em saúde.

Outro destaque central do Conselho foi a crise global da força de trabalho em saúde, tratada de forma transversal às discussões sobre o ECO. A estratégia explícita que sua implementação depende de um planejamento integrado da força de trabalho, com formação específica para profissionais da atenção primária, serviços pré-hospitalares, enfermagem, cuidados críticos, cirurgia essencial e gestão em saúde. O debate no Conselho deixou claro que ampliar o número de profissionais, por si só, é insuficiente sem enfrentar problemas estruturais de distribuição, condições de trabalho, segurança, proteção psicossocial e retenção, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade e emergência permanente.

O ECO também amplia o debate sobre o papel das comunidades e da sociedade no funcionamento dos sistemas de saúde. A estratégia reconhece explicitamente o papel de leigos treinados, primeiros respondedores comunitários e agentes comunitários de saúde na redução da mortalidade e no acesso oportuno ao cuidado. O Conselho destacou que empoderar comunidades, por meio de educação em primeiros socorros, reconhecimento precoce de sinais de gravidade e participação em processos de planejamento, não é um elemento periférico, mas parte constitutiva de sistemas de saúde resilientes e equitativos.

No campo da tecnologia e da inovação, a sessão evidenciou tanto expectativas quanto tensões. Soluções digitais, telemedicina, sistemas de informação interoperáveis, inteligência artificial e genômica foram frequentemente apresentadas como instrumentos para ampliar acesso e melhorar a qualidade do cuidado. No entanto, o debate revelou uma clivagem clara entre contextos de alta e baixa disponibilidade de recursos. Delegações alertaram que uma agenda excessivamente orientada para tecnologias avançadas, sem considerar infraestrutura básica, regulação, interoperabilidade e financiamento sustentável, pode aprofundar desigualdades. Nesse sentido, o ECO propõe uma abordagem pragmática, enfatizando tecnologias apropriadas, escaláveis e integradas aos modelos de cuidado existentes.

A dimensão da governança e do financiamento atravessou toda a discussão. O ECO demanda que os países incorporem explicitamente esses serviços em políticas nacionais, planos estratégicos de saúde, marcos regulatórios e mecanismos de financiamento público. O Conselho reconheceu que a fragmentação dos fluxos de financiamento, frequentemente organizados por doenças ou programas verticais, constitui um dos principais entraves à integração do cuidado. A estratégia, ao propor planejamento integrado, desafia diretamente modelos tradicionais de cooperação e financiamento em saúde global.

A sessão também evidenciou a crescente intersecção entre a agenda de sistemas de saúde e a de emergências sanitárias, desastres e conflitos. O ECO foi apresentado como um componente central da capacidade de resposta a surtos, pandemias, eventos climáticos extremos e crises humanitárias, dialogando diretamente com o Acordo de Pandemias da OMS e a revisão do Regulamento Sanitário Internacional. A lógica é clara: sistemas frágeis no cotidiano colapsam nas crises, enquanto sistemas integrados e orientados pela atenção primária conseguem escalar, adaptar-se e proteger populações vulneráveis.

Por fim, o Conselho Executivo revelou também os limites políticos dessa agenda ambiciosa. O adiamento da estratégia global para transplantes de órgãos, diante de impasses éticos e legais, ilustrou a dificuldade de avançar em áreas sensíveis sem enfrentar assimetrias normativas profundas. De forma mais ampla, o EB158 expôs a tensão entre a necessidade de respostas sistêmicas e a realidade de recursos escassos, interesses divergentes e crescente fragmentação da governança global da saúde.

Nesse contexto, o ECO emerge como uma espécie de “teste de coerência” da agenda global: sua implementação exigirá não apenas consenso técnico, mas escolhas políticas explícitas sobre financiamento público, equidade, papel do Estado, proteção da força de trabalho e centralidade da atenção primária. O Conselho Executivo deu um sinal claro de direção; o desafio agora será transformar essa orientação estratégica em compromissos concretos, mensuráveis e sustentáveis nos níveis nacional, regional e global.

Primeiro EUA, depois Argentina

A decisão dos Estados Unidos de concluir formalmente seu processo de retirada da Organização Mundial da Saúde, anunciada exatamente um ano após a assinatura da ordem executiva presidencial em 20 de janeiro de 2026, não é apenas um gesto administrativo. O simbolismo do prazo, que coincide com o primeiro ano de mandato de Donald Trump, revela que a saída da OMS foi concebida desde o início como um ato político estruturante da política externa e de saúde global do novo governo.

Do ponto de vista jurídico, a controvérsia em torno da validade da retirada expõe uma fragilidade histórica da governança global da saúde. A Constituição da OMS, deliberadamente, não prevê cláusulas de saída, ancorada em uma concepção de universalidade como princípio essencial da cooperação sanitária internacional. A exceção estadunidense, inscrita no ato de ratificação de 1948, reafirma a assimetria estrutural entre Estados no sistema multilateral: apenas um país preservou para si o direito explícito de retirada, condicionado, ainda assim, ao cumprimento integral de suas obrigações financeiras. O não pagamento das contribuições de 2024 e 2025 transforma a saída dos EUA em um processo juridicamente incompleto e politicamente conflitivo, deslocando o debate do campo técnico para uma arena de disputa simbólica sobre autoridade, legitimidade e soberania.

A tentativa da Argentina de seguir o mesmo caminho, por sua vez, opera em outro registro. Diferentemente dos Estados Unidos, não há qualquer base constitucional que sustente juridicamente sua retirada. O gesto argentino é sobretudo performático e ideológico, alinhado a uma retórica de rejeição ao multilateralismo e à experiência pandêmica, mas com impactos financeiros limitados. Ainda assim, o episódio é relevante porque normaliza a ideia de abandono seletivo da governança global da saúde, abrindo precedentes políticos mesmo quando os fundamentos legais são frágeis. No entanto, o posicionamento argentino ao mesmo tempo em que declara sua intenção de se retirar, o país reafirma publicamente que continuará cumprindo integralmente o Regulamento Sanitário Internacional, notificando a OMS sobre eventos de potencial epidêmico.

Essa posição explicita uma contradição estrutural que atravessa o debate atual: a tentativa de separar as obrigações normativas globais, em especial aquelas relacionadas à segurança sanitária internacional, dos espaços institucionais multilaterais que lhes conferem legitimidade, coordenação e capacidade operacional. Ao insistir que “não ficará isolada do mundo” e que “pandemias não conhecem fronteiras”, a Argentina reconhece, na prática, que não existe alternativa funcional ao arcabouço normativo da OMS. A retirada, nesse sentido, assume contornos predominantemente simbólicos, voltados ao consumo político doméstico, sem oferecer uma estratégia viável de substituição institucional.

Em conjunto, esses movimentos aprofundam uma crise já em curso na OMS. A saída do maior financiador histórico da organização não apenas gera um déficit orçamentário imediato, como impõe uma reordenação forçada de prioridades, com efeitos diretos sobre a capacidade normativa, técnica e operacional da agência. A suspensão ou adiamento de novas resoluções,

estratégias e planos de ação durante o Conselho Executivo evidencia que a crise financeira não é abstrata: ela se traduz em paralisia decisória, competição entre agendas legítimas e maior dependência de escolhas políticas sobre o que deve ou não ser priorizado.

Essa crise também revela uma inflexão mais profunda na geopolítica da saúde global. A retirada dos EUA sinaliza uma transição de um modelo multilateral imperfeito, porém universalista, para uma lógica de cooperação fragmentada, bilateral e orientada por interesses nacionais imediatos. A aposta em acordos diretos, “results-driven”, desloca o eixo da saúde global da construção de bens públicos globais para arranjos transacionais, com riscos claros de aprofundamento das desigualdades, enfraquecimento da coordenação internacional e erosão da capacidade de resposta coletiva a emergências transfronteiriças.

É nesse vazio que o Sul Global ganha centralidade política renovada. Ao contrário do discurso de retração, a maior parte dos países da África, da Ásia e da América Latina reafirmou, no Conselho Executivo, o valor estratégico da OMS como espaço de coordenação, produção normativa e solidariedade sanitária. A defesa da universalidade da organização, feita inclusive por países com recursos limitados, não é apenas normativa: reflete a compreensão de que, sem um centro multilateral forte, esses países ficam mais expostos a assimetrias de poder, dependência tecnológica e vulnerabilidade sanitária.

A América ocupa uma posição particularmente ambígua nesse contexto. A coexistência entre OMS e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) cria uma arquitetura regional singular, que pode funcionar tanto como amortecedor institucional quanto como rota de fuga política. A OPAS ocupa uma posição singular no sistema internacional: é simultaneamente um organismo regional autônomo, com orçamento e governança próprios, e o escritório regional da OMS para as Américas. Essa condição híbrida cria a possibilidade inédita de um “desacoplamento parcial” entre o nível global e o regional, permitindo que países mantenham vínculos técnicos, normativos e operacionais no âmbito regional enquanto se afastam da organização global. Trata-se de uma anomalia institucional com implicações profundas. A decisão da Argentina de permanecer na OPAS, mesmo declarando sua saída da OMS, explicita essa ambiguidade. Embora juridicamente possível, essa separação enfraquece a coerência do sistema regional e pode transformar a OPAS em um espaço tensionado entre lealdade multilateral e acomodações políticas nacionais. O mesmo para os EUA, que embora permaneçam formalmente na OPAS, acumulam contribuições em atraso significativas e têm adotado cortes unilaterais em financiamentos, além de priorizar acordos bilaterais e parcerias por resultado. Esse modelo, apresentado como alternativa ao multilateralismo, fragmenta a ação coletiva, reduz transparência e subordina a cooperação sanitária a interesses estratégicos de curto prazo. A incerteza sobre o financiamento futuro da OPAS, somada à possibilidade de manutenção de vínculos institucionais sem compromisso financeiro estável, compromete a capacidade da organização de exercer liderança técnica e planejar respostas regionais de longo prazo.

Nesse cenário, o Brasil emerge como ator-chave, não apenas pelo seu peso demográfico e econômico, mas por sua trajetória histórica de defesa do multilateralismo em saúde. O país combina capacidade técnica, tradição diplomática e legitimidade política no diálogo Sul-Sul, além de uma inserção estratégica nos debates sobre sistemas de saúde universais, preparação para emergências e produção regional de tecnologias em saúde. Em um momento em que grandes potências se afastam ou instrumentalizam a governança global, o Brasil tem a possibilidade — e a responsabilidade — de atuar como estabilizador político, articulador regional e defensor de uma OMS reformada, mas preservada em seu caráter universal.

A relevância do Brasil reside na capacidade de contribuir para uma agenda de reforma que não seja capturada por narrativas de deslegitimação. Isso inclui fortalecer a OMS como espaço

de coordenação técnica independente, ampliar a voz do Sul Global nos processos decisórios, defender previsibilidade financeira baseada em contribuições obrigatórias e resistir à fragmentação da cooperação internacional em saúde.

Em última instância, a saída dos Estados Unidos e a da Argentina não representam apenas um desafio conjuntural para a OMS. Elas colocam em disputa o próprio sentido da saúde global: se continuará sendo tratada como um bem público global, baseado em solidariedade, regras comuns e responsabilidade compartilhada, ou se será reduzida a um campo de barganhas bilaterais, hierarquias geopolíticas e respostas desiguais a riscos comuns.

Referências

1. Third World Network. WHO: Europe continues to defy emerging consensus on PABS [Internet]. Twn.my. 2025. Disponível em: <https://twn.my/title2/health.info/2025/hi251202.html>. Acesso em 07 fev. 2026.
2. IPPS.Fifth Implementation Report – IPPS [Internet]. Ippsecretariat.org. 2026. Disponível em: <https://ippsecretariat.org/publication/fifth-implementation-report/>. Acesso em 07 fev. 2026.
3. WHO. Draft global plan of action for the health of Indigenous Peoples [Internet]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB158/B158_29-en.pdf. Acesso em 07 fev. 2026.
4. WHO. WHO Director-General’s opening remarks at the 158th session of the Executive Board – 2 February 2026 [Internet]. Who.int. 2026. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-158th-session-of-the-executive-board-2-february-2026>. Acesso em 07 fev. 2026
5. WHO. Universal health coverage Draft global strategy for integrated emergency, critical and operative care, 2026-2035 Report by the Director-General. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/>

[ebwha/pdf_files/EB158/B158_11-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB158/B158_11-en.pdf). Acesso em 07 fev. 2026.