

Fragmentação e disputa de narrativas na governança global da saúde:

Desafios do PABS, acordos bilaterais e o impasse no G20 Saúde

Paula Reges

Luana Bermudez

Luiz Augusto Galvão

Resumo. A adoção do Acordo sobre Pandemias da OMS marcou um avanço institucional na busca por maior previsibilidade e equidade nas respostas globais a emergências sanitárias. Contudo, as negociações em torno de seu anexo, o Sistema de Acesso e Compartilhamento de Benefícios (PABS), revelaram fortes divergências entre países de alta e baixa renda. Durante a 3ª reunião do Grupo de Trabalho Intergovernamental, em novembro de 2025, Estados-membros do Sul Global criticaram o rascunho inicial por sua fragilidade normativa e ausência de garantias sobre transferência de tecnologia e acesso equitativo, enquanto países desenvolvidos defenderam um modelo mais flexível e voluntário. Paralelamente, os Estados Unidos reintroduziram condicionalidades unilaterais ao financiamento de programas de HIV, tuberculose e malária por meio de novos Memorandos de Entendimento sob o PEPFAR, que impõem obrigações extensas de compartilhamento de patógenos, em dissonância com as negociações multilaterais. Esse movimento se refletiu na reunião do G20 Saúde em Limpopo, marcada pela recusa dos Estados Unidos e da Argentina em endossar compromissos multilaterais sobre o Acordo sobre Pandemias e o PABS. O conjunto desses episódios ilustra a crescente fragmentação da governança sanitária global, em que a lógica da segurança nacional e dos interesses estratégicos ameaça substituir os princípios de solidariedade, equidade e cooperação multilateral.

Palavras-chave: Governança Global da Saúde; PABS; Acordo Pandêmico; G20 Saúde

Summary. *The adoption of the WHO Pandemic Agreement marked a milestone in strengthening global health governance toward equity and predictability. Yet, negotiations on its annex, the Pathogen Access and Benefit-Sharing System (PABS), exposed deep divisions between high- and low-income countries. At the third IGWG meeting, developing nations criticized the draft for lacking enforceable commitments on technology transfer and equitable access, while developed countries called for a voluntary approach. Simultaneously, the United States advanced bilateral Memoranda of Understanding under PEPFAR, conditioning HIV, TB, and malaria aid on pathogen-sharing obligations. This unilateral stance also shaped the G20 Health Ministers' meeting in Limpopo, where the U.S. and Argentina opposed references to the Pandemic Agreement and the PABS. Together, these developments reveal the fragmentation of global health governance, with national security interests prevailing over solidarity and multilateral cooperation.*

Keywords: *Global health governance; PABS; Pandemic Agreement; United States; G20 Health*

3ª Reunião do Grupo Intergovernamental de Negociações PABS

A adoção do Acordo sobre Pandemias da Organização Mundial da Saúde (OMS) pela Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2025, sob o Artigo 19 da Constituição da OMS, marcou um novo momento nas discussões sobre governança global em saúde. O instrumento representa a primeira tentativa jurídica multilateral de reforçar os mecanismos de prevenção, preparação e resposta a pandemias desde o início da COVID-19, propondo uma estrutura normativa de cooperação internacional voltada à equidade e à solidariedade. Contudo, o processo subsequente de operacionalização do acordo tem evidenciado as tensões persistentes entre princípios normativos e realidades políticas, especialmente no que se refere ao anexo em elaboração que instituirá o Sistema de Acesso e Compartilhamento de Benefícios (PABS, na sigla em inglês).

Entre os dias 3 e 7 de novembro de 2025, em Genebra, foi realizada a terceira reunião do Grupo de Trabalho Intergovernamental (IGWG), órgão criado pela resolução WHA78.1 para redigir e negociar o anexo do PABS. Essa reunião foi o primeiro momento de discussão direta sobre o texto preliminar do anexo, que deverá estabelecer as bases de um sistema global de compartilhamento de patógenos e informações genéticas, associado a um modelo equitativo de distribuição dos benefícios derivados desse compartilhamento, como vacinas, tratamentos e diagnósticos (1).

Desde sua origem, o Acordo sobre Pandemias reconhece que a resposta global à COVID-19 foi marcada por falhas profundas de solidariedade e acesso. O PABS surge, assim, como um mecanismo central para corrigir essas distorções, buscando garantir que, diante de futuras emergências, a troca de materiais biológicos e informações genéticas seja acompanhada por mecanismos obrigatórios de benefício mútuo. Em teoria, o sistema pretende viabilizar o compartilhamento rápido, seguro e transparente de amostras de patógenos com potencial pandêmico, ao mesmo tempo em que assegura que países provedores desses materiais, em geral, de baixa e média renda, tenham acesso justo e tempestivo aos produtos resultantes.

Contudo, o debate em Genebra revelou o quanto essa ambição normativa ainda encontra resistências e ambiguidades. O rascunho inicial do anexo foi amplamente criticado por Estados-membros, organizações regionais e atores não estatais. Vários países descreveram o texto como “inadequado” e “desequilibrado”, acusando-o de ser apenas uma repetição de dispositivos já contidos no corpo principal do acordo e de carecer de mecanismos práticos para operacionalizar o acesso equitativo. O documento, com apenas sete páginas, foi considerado insuficiente para detalhar as condições de uso das informações sobre patógenos e as obrigações legais das partes envolvidas (2).

Entre as críticas mais contundentes, destacaram-se as provenientes do Grupo Africano, da Indonésia, que falou em nome do Grupo de Equidade, e de Tunísia, representando a Região do Mediterrâneo Oriental. Esses países insistiram na necessidade de incluir cláusulas que assegurem a transferência de tecnologia, licenças não exclusivas e condições contratuais claras, semelhantes às que já existem no quadro do Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework. Alertaram que, sem tais garantias, o PABS corre o risco de se tornar um modelo de caridade e não de justiça, perpetuando as assimetrias que caracterizaram a resposta global à COVID-19.

A postura brasileira durante a reunião foi particularmente relevante. O Brasil, apoiado pela Colômbia, posicionou-se contra a reversão processual que havia excluído a participação de partes interessadas, incluindo sociedade civil e representantes das indústrias, nas negociações, apesar de um acordo anterior para incluí-los como observadores. O país reivindicou

transparência e abertura no processo, reafirmando o papel do multilateralismo inclusivo e da participação social na construção de instrumentos internacionais de saúde. Essa defesa expressa coerência com a trajetória diplomática brasileira na OMS, marcada por sua atuação em defesa do acesso equitativo a tecnologias em saúde e pela ênfase na cooperação Sul-Sul como instrumento de fortalecimento das capacidades regionais.

Em suas declarações, o embaixador Tovar Nunes, co-presidente do IGWG, destacou a importância da solidariedade como base para a segurança sanitária global e expressou otimismo quanto à possibilidade de entregar um anexo finalizado à Assembleia Mundial da Saúde de 2026. O discurso do diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, também enfatizou o papel da solidariedade e da flexibilidade nas negociações, reconhecendo que o primeiro rascunho é apenas um ponto de partida e que o sucesso do acordo dependerá da disposição dos países em buscar compromissos comuns.

Ainda assim, as divergências permaneceram profundas. O grupo de países de alta renda, representado por Noruega, Austrália, Canadá, Japão, Suíça e Reino Unido, defendeu que o anexo mantenha “precisão e flexibilidade”, sem impor obrigações que possam desincentivar a participação da indústria farmacêutica. A União Europeia, por sua vez, advertiu que um modelo excessivamente vinculante poderia “coagir” fabricantes, propondo um sistema baseado em compromissos voluntários. Em contraposição, a África e o Grupo de Equidade enfatizaram que apenas um modelo legalmente exigível poderia corrigir as falhas históricas de acesso. O embate reflete o dilema central da governança global da saúde: como conciliar incentivos econômicos com imperativos éticos de justiça distributiva.

As organizações da sociedade civil e redes de advocacy, como a Pandemic Action Network (PAN) e o South Centre, reforçaram a necessidade de um sistema PABS que “opere integralmente o artigo 12 do Acordo Pandêmico”, criando segurança jurídica e previsibilidade nos mecanismos de partilha. A PAN, por exemplo, destacou que o texto deve detalhar como será implementada a meta de disponibilizar 20% da produção de vacinas, diagnósticos e terapêuticos às populações mais vulneráveis, dos quais 10% seriam doações. Também reivindicou regras claras sobre prazos, rastreabilidade e transferências de tecnologia.

Do outro lado do espectro, a Federação Internacional da Indústria Farmacêutica (IFPMA) expressou preocupação com o alcance excessivamente amplo da definição de patógeno com potencial pandêmico e com a possibilidade de obrigações financeiras. Argumentou que isso poderia gerar sobreposição com legislações nacionais de acesso e repartição de benefícios (ABS) baseadas no Protocolo de Nagoya, criando insegurança jurídica e desincentivos à inovação. A indústria também criticou as restrições de propriedade intelectual sugeridas, alegando que poderiam comprometer a capacidade de desenvolver e escalar produtos eficazes durante emergências.

A definição de “patógeno com potencial pandêmico”, elemento técnico fundamental para o funcionamento do PABS, tornou-se outro ponto de controvérsia. A proposta atual, que descreve esses patógenos de forma vaga, “alta transmissibilidade”, “baixa imunidade populacional”, “ampla disseminação geográfica”, carece de critérios quantitativos e metodológicos que permitam sua aplicação consistente entre países. Essa falta de clareza pode levar a interpretações políticas e comprometer a objetividade das decisões.

Críticos argumentam que a definição ignora a evolução científica recente da OMS, que desde 2022 tem priorizado uma abordagem baseada em famílias virais, com foco em “patógenos protótipos” e no conceito de “Patógeno X”. Esse modelo reconhece a incerteza intrínseca sobre

qual agente causará a próxima pandemia e defende investimentos em capacidades amplas de preparação, como redes colaborativas descentralizadas de pesquisa (Collaborative Open Research Consortia - CORC), tecnologias de plataforma universal e estratégias de prontidão baseadas em cenários.

Dessa perspectiva, a insistência em definições fixas de patógenos pode enfraquecer os esforços científicos e operacionais da OMS e de seus parceiros, ao passo que uma abordagem por famílias e capacidades científicas favorece a criação de infraestrutura de pesquisa global diversificada, geograficamente distribuída e mais resiliente.

O Brasil, com sua tradição de atuação multilateral e experiência acumulada em pesquisa biomédica e vigilância genômica, está em posição estratégica para articular essas dimensões política e científica. A postura brasileira nas negociações reflete tanto a defesa de uma governança global mais justa quanto o reconhecimento de que a eficácia de qualquer acordo dependerá da clareza técnica e da solidez operacional dos mecanismos propostos.

À medida que o IGWG se prepara para suas próximas reuniões, com o objetivo de apresentar um texto final à 79ª Assembleia Mundial da Saúde em 2026, as negociações sobre o PABS sintetizam o dilema central da saúde global contemporânea: transformar o discurso de solidariedade em compromissos concretos de redistribuição de capacidades e benefícios. O papel do Brasil, ao lado de outros países do Sul Global, será determinante para garantir que o Acordo Pandêmico não se limite a uma narrativa de boas intenções, mas se converta em um instrumento político e técnico capaz de sustentar uma nova arquitetura de segurança sanitária internacional, baseada na cooperação, na equidade e na ciência compartilhada.

EUA e novas condições a acesso à patógenos

Em meio às discussões sobre PABS, a movimentação recente dos Estados Unidos surpreendeu e acirrou tensões entre países em desenvolvimento e grandes potências. Documentos divulgados por veículos especializados, como *Health Policy Watch* (3) e *The Guardian* (4), revelaram que Washington pretende condicionar a retomada do financiamento de programas de combate ao HIV, tuberculose e malária à assinatura de novos Memorandos de Entendimento (MdEs) bilaterais.

Esses instrumentos, formulados no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (PEPFAR), estabelecem obrigações amplas de compartilhamento de informações sobre “patógenos com potencial epidêmico” e preveem que países recipientes do apoio norte-americano deverão transmitir amostras biológicas e dados genéticos à administração norte-americana em até cinco dias após a detecção. Além disso, o pacote inclui um “acordo de compartilhamento de espécimes” com duração de 25 anos, enquanto o financiamento associado se limitaria ao período de 2026 a 2030, um descompasso que sugere a criação de compromissos de longo prazo em troca de apoio financeiro temporário.

A proposta, segundo fontes confirmadas, está sendo apresentada prioritariamente a países africanos, muitos dos quais enfrentam graves restrições orçamentárias após a suspensão abrupta de repasses de ajuda externa pelos Estados Unidos no início do ano. A tática, ao mesmo tempo que oferece a perspectiva de retomada de fundos essenciais para a continuidade de programas de HIV e malária, introduz condicionalidades que fragilizam as posições desses países nas negociações multilaterais em curso em Genebra.

A iniciativa norte-americana emerge justamente quando o grupo de trabalho intergovernamental (IGWG) da OMS inicia as negociações baseadas em texto para o PABS. O princípio fundamental do sistema é equilibrar o acesso a dados e amostras de patógenos com mecanismos previsíveis e obrigatórios de repartição de benefícios para os países que os compartilham. Os MdEs propostos pelos EUA, contudo, deslocam essa lógica: oferecem financiamento e apoio técnico imediatos em troca de compromissos de compartilhamento unilateral, sem qualquer garantia vinculante de acesso equitativo aos produtos resultantes.

Em termos de política externa, a medida se insere na *America First Global Health Strategy* (5), lançada em setembro pelo Departamento de Estado sob a administração Trump, que busca reposicionar a atuação global dos Estados Unidos em saúde em bases estritamente bilaterais. A nova estratégia substitui parte das funções antes desempenhadas pela Agência de Desenvolvimento Internacional (USAID) e estrutura sua ação em três pilares, manter a América segura, forte e próspera. O discurso oficial, centrado na proteção do território norte-americano contra futuras epidemias, reafirma a visão de segurança sanitária como instrumento de projeção de poder e reafirma o viés nacionalista do atual governo.

O conteúdo técnico dos MdEs reforça essa orientação. Além das obrigações de compartilhamento de dados e amostras, os acordos preveem avaliações dos sistemas de vigilância epidemiológica nacionais, custeio parcial e temporário de técnicos e insumos laboratoriais, e a expectativa de que os países assumam progressivamente o financiamento de suas próprias estruturas. Também há menções à necessidade de reconhecimento das aprovações da agência reguladora norte-americana (FDA) como válidas para uso doméstico — um dispositivo que reforça a dependência regulatória e comercial.

Diversos especialistas e representantes de países em desenvolvimento alertaram que essa política bilateral ameaça solapar a construção de um sistema multilateral coerente sob a égide da OMS. Michel Kazatchkine, falando em nome do Painel Independente para Preparação e Resposta a Pandemias, destacou que tais acordos minam a solidariedade e a equidade que fundamentam o processo multilateral, conferindo a um único país o domínio sobre dados sensíveis e o acesso prioritário a potenciais contramedidas médicas. A *Pandemic Action Network* expressou preocupação semelhante, argumentando que, ao fragmentar as regras, os Estados Unidos reintroduzem a lógica competitiva que caracterizou a resposta global à Covid-19, um “cada um por si” que penaliza sobretudo os países mais vulneráveis.

Do ponto de vista da governança global, o movimento norte-americano sinaliza uma tentativa de reescrever, por meio de instrumentos paralelos, as normas emergentes sobre acesso a patógenos e repartição de benefícios. Ao firmar acordos bilaterais de longo prazo com países de menor poder de barganha, Washington não apenas garante acesso privilegiado a informações críticas, como também enfraquece o papel da OMS e o próprio princípio de universalidade que orienta o PABS e o Acordo Pandêmico. O resultado é um cenário de fragmentação jurídica e política, em que o acesso a recursos biológicos e contramedidas médicas volta a depender da capacidade de negociação e do alinhamento estratégico com as grandes potências, e não de regras multilaterais equitativas.

Em última instância, o episódio expõe as tensões estruturais de um sistema internacional de saúde em transição: de um lado, a busca por mecanismos previsíveis de cooperação e solidariedade; de outro, a reafirmação do poder seletivo e condicional das grandes economias. Ao atrelar o combate a doenças como HIV, tuberculose e malária a compromissos

de longo prazo sobre o fluxo de patógenos, os Estados Unidos transformam um programa historicamente associado à resposta humanitária em um instrumento de política estratégica.

O momento é, portanto, de atenção redobrada. O equilíbrio entre soberania, segurança e solidariedade que o PABS pretende alcançar pode ser comprometido se tais acordos bilaterais prosperarem. O risco é que, em vez de um regime multilateral baseado em regras e benefícios compartilhados, emerja um mosaico de compromissos assimétricos, no qual o acesso à informação e, por consequência, à proteção, seja novamente determinado pela geopolítica e não pela equidade.

Fragmentação e disputa de narrativas no G20 Saúde: os Estados Unidos e o enfraquecimento do consenso multilateral

O encontro dos ministros da Saúde do G20 realizado em Limpopo, na África do Sul, encerrou-se sob forte tensão política e com sinais claros de fragmentação no campo da governança global da saúde. O que deveria culminar em uma declaração ministerial consensual terminou com a divulgação de um “Outcome document and Chair’s Statement”, instrumento alternativo utilizado quando o grupo não consegue chegar a um texto aprovado por unanimidade. A ausência de consenso, neste caso, foi provocada principalmente pela oposição da Argentina, apoiada pelos Estados Unidos, a trechos que faziam referência à cooperação multilateral para enfrentamento de pandemias, à igualdade de gênero, e às ações conjuntas sobre mudanças climáticas. Destaca-se que a Arábia Saudita também demonstrou forte oposição à menção ao termo mudança climática.

Segundo fontes presentes na reunião, a delegação norte-americana, integrante da chamada “Troika” do G20 (composta pelos países que presidiram, presidem e presidirão o grupo), fez sua intervenção inicial durante o Grupo de Trabalho de Saúde, manifestando discordância com o texto proposto para a declaração e não se manifestou mais até o fim da reunião, um gesto simbólico de distanciamento em relação à agenda que vem sendo construída desde a presidência brasileira em 2024. Essa postura de obstrução e afastamento reflete o repositionamento dos Estados Unidos sob a atual administração, que tem reiteradamente repudiado o Acordo sobre Pandemias da OMS e os compromissos multilaterais derivados dele, sob o argumento de que tais instrumentos ferem a soberania nacional. A Argentina participou de maneira ativa nas negociações da declaração, manifestando oposição a avanços nas referências a gênero, mudanças climáticas e demais temas relacionados à OMS.

O rascunho da declaração enfatizava temas amplamente consensuais entre os demais membros, incluindo a priorização da cobertura universal de saúde por meio do fortalecimento da atenção primária, investimentos em financiamento e proteção social em saúde, valorização da força de trabalho em saúde e enfrentamento das doenças não transmissíveis e da resistência antimicrobiana. O documento também reafirmava a importância da cooperação multilateral frente às mudanças climáticas e seus impactos sobre a saúde e os sistemas de saúde, reconhecendo os efeitos de atividades humanas como desmatamento, poluição e perda de biodiversidade sobre o risco de doenças zoonóticas e a resiliência sanitária.

O ponto de inflexão, contudo, surgiu na parte referente à prevenção, preparação e resposta a pandemias (PPPR). O texto mencionava explicitamente o recém-aprovado Acordo sobre Pandemias da OMS como uma oportunidade de fortalecer as capacidades globais em PPPR, “com a equidade em seu centro e em consonância com os princípios de soberania, solidariedade, respeito aos direitos humanos e inclusão”. Também destacava a importância da

“conclusão oportuna das negociações sobre o Anexo do Sistema de Acesso e Compartilhamento de Benefícios de Patógenos (PABS)”.

Essas referências foram um dos principais pontos de bloqueio. O governo Trump, que oficializou a retirada dos Estados Unidos da OMS e rejeitou o Acordo Pandêmico, vem adotando uma estratégia de isolamento deliberado das instâncias multilaterais, substituindo-as por acordos bilaterais de interesse nacional. Relatórios recentes apontam que os EUA estão promovendo memorandos de entendimento com países africanos e outros parceiros estratégicos, condicionando o retorno da ajuda financeira em HIV, tuberculose e malária ao compartilhamento direto de dados e amostras de patógenos com “potencial epidêmico”. Na prática, trata-se de uma tentativa de criar um regime paralelo de acesso a patógenos, fora das regras multilaterais em construção no âmbito do PABS.

A reunião de Limpopo expôs de forma aguda a dificuldade de manter um eixo de convergência política no G20, fórum que, desde a pandemia de Covid-19, vinha se consolidando como espaço privilegiado para a coordenação intersetorial em saúde global. O bloqueio nos avanços por parte dos Estados Unidos e Argentina, amparado em uma visão estritamente soberanista, fragiliza os esforços de cooperação e desafia o próprio papel do G20 como espaço de articulação entre as maiores economias em torno de bens públicos globais.

Ao mesmo tempo, esta postura contrasta com a evolução recente das discussões sobre clima e saúde. O documento final reconheceu explicitamente a importância da “resposta global coordenada, integrada e bem financiada” às emergências sanitárias associadas às mudanças ambientais, mencionando acordos e marcos de referência como a Declaração do Rio de 1992, o Acordo de Paris de 2015, a Declaração do G20 de 2024 sobre Clima, Saúde e Equidade e o recente Plano de Ação da OMS sobre Clima e Saúde, aprovado na Assembleia Mundial da Saúde de 2025, apesar das tentativas de bloqueio lideradas por países exportadores de petróleo, como a Arábia Saudita.

O contexto político em torno do G20 reforçou o caráter de ruptura dessa edição. O presidente Donald Trump anunciou publicamente que não compareceria à Cúpula de Chefes de Estado e chegou a defender a exclusão da África do Sul do grupo, em declarações confusas que evidenciam o desprezo da atual administração pelas instâncias de diálogo global e pelo papel crescente do continente africano na agenda internacional de saúde e desenvolvimento. A reunião de Limpopo, portanto, simboliza não apenas um impasse técnico, mas um embate de visões sobre o futuro da cooperação sanitária global.

A falta de consenso no G20 Saúde tem implicações diretas para a governança global da saúde. Em um momento em que o Acordo sobre Pandemias e o sistema PABS buscam consolidar uma nova arquitetura de confiança e reciprocidade entre países, a combinação de bloqueio político e iniciativas bilaterais paralelas conduz a uma fragmentação cada vez mais profunda. O risco é que fóruns como o G20, criados para gerar convergência entre grandes economias, se transformem em arenas de afirmação unilateral de poder, onde a cooperação é substituída por alinhamentos circunstanciais e o princípio de solidariedade global perde espaço para estratégias de contenção e competição.

O encontro de Limpopo será lembrado, portanto, como um marco simbólico dessa inflexão: um momento em que a tentativa de construir uma agenda comum de saúde global encontrou os limites da geopolítica contemporânea. Às vésperas da Cúpula do G20 em Johanesburgo, marcada para 23 e 24 de novembro, a ausência de um consenso robusto em saúde lança dúvidas sobre a capacidade do grupo de sustentar a ambição de uma resposta

coordenada a crises globais, em um cenário em que a saúde volta a ser usada como instrumento de poder, e não como expressão de solidariedade internacional.

COP30 e Saúde: A Conexão Crucial entre Clima e Bem-Estar Humano

A COP30 (30ª Conferência das Nações Unidas sobre Mudança do Clima) está sendo realizada em Belém do Pará, de 10 a 21 de novembro de 2025, marcando a primeira vez que este importante evento climático global acontece em uma cidade amazônica. A saúde é um dos temas centrais da conferência, refletindo a crescente compreensão de que as mudanças climáticas representam uma das maiores ameaças à saúde pública mundial.

Os dias 12 e 13 de novembro foram designados como os dias temáticos dedicados à Saúde na COP30, quando o evento concentrará debates sobre os impactos das mudanças climáticas no setor de saúde, incluindo também discussões sobre empregos, educação, cultura, justiça e direitos humanos.

No dia 13 de novembro, especificamente no Dia da Saúde da COP, será apresentado o Plano de Ação em Saúde de Belém, um documento estratégico que pretende transformar a capital paraense em referência global na adaptação do setor saúde às mudanças climáticas.

O Brasil apresenta na COP30 um plano inédito para adaptar o sistema de saúde às mudanças climáticas, desenvolvido com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este plano inovador propõe ajustes em horários, escalas e protocolos clínicos durante períodos de calor extremo e outras emergências ambientais.

O plano está estruturado em três eixos principais: vigilância climática e sanitária integrada, preparação dos serviços de saúde, e inovação sustentável. Entre as medidas propostas estão sistemas de alerta precoce, protocolos diferenciados de atendimento, e capacitação de equipes médicas para lidar com os impactos climáticos sobre a saúde pública.

O Ministério da Saúde do Brasil lidera, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), o planejamento das ações de saúde voltadas à COP30. A colaboração inclui reuniões com especialistas e atores estratégicos, nacionais e internacionais, para contribuir com evidências e recomendações que subsidiem a formulação e implementação de políticas de saúde climática.

A Organização Mundial da Saúde estima que, entre 2030 e 2050, mais de 250 mil mortes podem ocorrer por causas relacionadas ao clima, como arboviroses, enchentes e ondas de calor.

A COP30 representa uma oportunidade única para colocar a saúde no centro das discussões sobre mudanças climáticas, reconhecendo que a crise climática é também uma crise de saúde pública que exige ação urgente e coordenada em escala global.

O Ministério da Saúde, em parceria com o Governo do Pará e a Prefeitura de Belém, implementou um plano integrado de preparação e resposta em saúde, com investimentos superiores a R\$ 4,7 bilhões. O Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS) funciona como núcleo estratégico de vigilância, operando 24 horas por dia durante todo o evento.

Abaixo, alguns links úteis para acompanhar essas discussões.

Informações Gerais sobre a COP30:

- Site oficial da COP30 no Brasil: <https://cop30.br/pt-br>
 - ONU Brasil - COP30: <https://brasil.un.org/pt-br/301371-cop30-no-brasil>
 - ONU Mudança Climática: <https://unfccc.int/cop30>
- Saúde e Clima:
- OPAS/OMS Brasil - COP30: <https://www.paho.org/pt/noticias/19-3-2025-cop-30-brasil-e-opas-fortalecem-enfrentamento-mudancas-climaticas>
 - Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude>
- Programação:
- Programação completa do Pavilhão da ONU Brasil: <https://brasil.un.org/pt-br/download/195695/304882>
 - Calendário de dias temáticos: <https://cop30.br/pt-br/presidencia-da-cop30/calendario>

Referências

1. World Health Organization. Third meeting of the Intergovernmental Working Group (IGWG) on the WHO Pandemic Agreement. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/events/detail/2025/11/03/default-calendar/third-meeting-of-the-intergovernmental-working-group-\(igwg\)-on-the-who-pandemic-agreement](https://www.who.int/news-room/events/detail/2025/11/03/default-calendar/third-meeting-of-the-intergovernmental-working-group-(igwg)-on-the-who-pandemic-agreement). Acesso em 8 nov. 2025.
2. Health Policy Watch. Countries Criticise “Inadequate” Pathogen-Sharing Draft Annex At Start Of Text-Based Talks - Health Policy Watch [Internet]. Health Policy Watch. 2025. Disponível em: <https://healthpolicy-watch.news/countries-deem-pathogen-sharing-draft-agreement-inadequate-at-start-of-text-based-talks/>. Acesso em 8 nov. 2025.
3. Health Policy Watch. EXCLUSIVE: US Ties Global Health Aid To Data Sharing On Pathogens – Undermining WHO Talks - Health Policy Watch [Internet]. Health Policy Watch. 2025. Disponível em: <https://healthpolicy-watch.news/exclusive-us-ties-new-health-funding-to-pathogen-sharing-disrupting-who-talks/>. Acesso em 8 nov. 2025.
4. Lay K. US to demand countries share data on “pathogens with epidemic potential” in return for health aid [Internet]. the Guardian. The Guardian. Disponível em: <https://www.theguardian.com/global-development/2025/nov/08/us-countries-share-data-pathogens-epidemic-potential-health-aid>. Acesso em 8 nov. 2025
5. AMERICA FIRST GLOBAL HEALTH STRATEGY [Internet]. 2025. Diponível em: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/09/America-First-Global-Health-Strategy-Report.pdf>. Acesso em 8 nov. 2025.