Entre a emergência e a prevenção: dilemas persistentes da arquitetura global da saúde

Entre la emergencia y la prevención: dilemas persistentes de la arquitectura sanitaria mundial

Between Emergency and Prevention: Persistent Dilemmas in the Global Health Architecture

Paula Reges, Luana Bermudez e Luiz Augusto Galvão

Resumo: Os acontecimentos recentes relacionados ao surto de Ebola Bundibugyo na República Democrática do Congo, à crise de financiamento da resposta global ao HIV/AIDS e às negociações do Anexo de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios (PABS) do Acordo Pandêmico da OMS evidenciam desafios estruturais que atravessam a atual governança global da saúde. Embora tratem de temas distintos, os três casos revelam tensões comuns entre capacidades nacionais e cooperação internacional, entre avanços científicos e limitações de acesso, e entre compromissos políticos assumidos em fóruns multilaterais e sua efetiva implementação.

Palavras-chave: Saúde Global; Ebola; HIV.

Resumen: *Los recientes acontecimientos relacionados con el brote de ébola en Bundibugyo, República Democrática del Congo, la crisis de financiación en la respuesta mundial al VIH/SIDA y las negociaciones del Anexo sobre Acceso a Patógenos y Distribución de Beneficios (PABS, por sus siglas en inglés) del Acuerdo sobre Pandemias de la OMS ponen de manifiesto los desafíos estructurales que impregnan la gobernanza sanitaria mundial actual. Si bien abordan cuestiones distintas, los tres casos revelan tensiones comunes entre las capacidades nacionales y la cooperación internacional, entre los avances científicos y las limitaciones de acceso, y entre los compromisos políticos asumidos en foros multilaterales y su implementación efectiva.*

Palabras clave: *Salud global; Ébola; VIH.*

Abstract: *Recent events related to the Bundibugyo Ebola outbreak in the Democratic Republic of Congo, the funding crisis in the global response to HIV/AIDS, and the negotiations of the Pathogen Access and Benefit-Sharing Annex (PABS) of the WHO Pandemic Agreement highlight structural challenges that permeate current global health governance. Although they address distinct issues, all three cases reveal common tensions between national capacities and international cooperation, between scientific advances and limitations of access, and between political commitments made in multilateral forums and their effective implementation.*

Keywords: *Global Health; Ebola; HIV.*

Lula e Tedros ao Mundo: "Terminem o que Começaram"

No dia 15 de junho de 2026, às vésperas da Cúpula do G7, o presidente brasileiro Luiz Inácio Lula da Silva e o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, assinaram conjuntamente uma carta aberta histórica. O documento é

endereçado a líderes do G7, G20, Brics e de todas as nações envolvidas nas negociações do Tratado sobre Pandemias da OMS. O tom é de urgência, mas também de esperança: o mundo está a um passo de concluir um acordo que pode mudar a forma como a humanidade enfrenta futuras crises sanitárias, e esse passo depende de decisão política (1,2).

O acordo sobre pandemias foi fechado em abril de 2025, depois de três anos de negociações entre os 194 países integrantes da OMS. Apesar disso, ainda não entrou em vigor. Falta definir o Anexo sobre Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios (PABS), que trata do compartilhamento de informações sobre patógenos para que cientistas possam desenvolver ferramentas como testes e vacinas.

Segundo os autores da carta, os países devem ser capazes de identificar rapidamente os patógenos com potencial pandêmico e compartilhar seu material genético para que os cientistas possam desenvolver os testes, tratamentos e vacinas que decidem quem vive e quem não vive. Lula e Tedros afirmam que o PABS é "a última peça do quebra-cabeça" do Acordo sobre Pandemias. Até que seja concluído, o acordo não pode entrar em vigor, e "a promessa permanece por cumprir" (3).

A carta estrutura três exigências objetivas aos chefes de Estado e de governo:

Vontade política. Os signatários consideram que as questões pendentes não serão resolvidas apenas com esforços técnicos, mas requerem um sinal inequívoco dos líderes: que a conclusão desse anexo seja uma prioridade nacional e que suas delegações possam buscar consenso com determinação, e não por cautela.

Equidade. O sistema PABS baseia-se em um pacto simples e justo: aqueles que compartilham rapidamente patógenos perigosos devem poder confiar que as vacinas e os tratamentos resultantes desse compartilhamento também chegarão às suas populações. Quando o Brasil exerceu a presidência do G20 em 2024, liderou o reconhecimento, pela primeira vez, de que a desigualdade constitui um fator impulsionador das pandemias. Controlar uma ameaça onde ela começa custa muito menos, em vidas e recursos, do que combater uma pandemia após sua disseminação por todos os continentes.

Senso de urgência. Os autores destacam que cientistas estimam haver quase uma chance em quatro de outra pandemia ocorrer na próxima década. O próximo vírus não aguardará que a diplomacia encontre seu ritmo.

O processo enfrenta um impasse delicado: países ricos se recusam a flexibilizar suas posições sobre o compartilhamento de vacinas, mesmo após o trauma da Covid-19. De um lado, países em desenvolvimento se comprometem a compartilhar amostras de vírus identificados, mas querem garantias de acesso às doses que sejam desenvolvidas para proteger suas populações.

Cientes dessa tensão, Lula e Tedros adotam um tom ao mesmo tempo respeitoso e incisivo: "Sabemos que há momentos em que pessoas bem-intencionadas, trabalhando arduamente em uma mesa de negociações, precisam que seus líderes ampliem a visão para além das divergências imediatas. Este é um desses momentos. E essa responsabilidade é de vocês". A carta apela especialmente aos países desenvolvidos para que demonstrem à mesa de negociações que seu compromisso com o multilateralismo não se limita a palavras.

A carta também reafirma o papel do Brasil como ator central nas negociações de saúde global. O texto esclarece que o acordo não compromete a soberania estatal nem confere à OMS

poderes para alterar leis nacionais ou impor confinamentos e mandatos de vacinação, um ponto deliberadamente incluído para responder às críticas de grupos contrários ao tratado. A próxima rodada de negociações está marcada para ocorrer de 6 a 17 de julho de 2026, em Genebra.

A carta de Lula e Tedros não é apenas um documento diplomático. É um lembrete de que as lições da Covid-19, com seus milhões de mortos e economias destruídas, ainda estão frescas o suficiente para orientar escolhas políticas. Desde Genebra e desde Brasília, com uma convicção compartilhada, os dois líderes escrevem que "o mundo deve terminar o que começou". O que está em jogo não é apenas um tratado. É a capacidade coletiva da humanidade de aprender com seu passado antes que o futuro repita seus erros.

Ebola na República Democrática do Congo: entre os desafios da resposta local, a governança global e os limites da preparação pandêmica

O atual surto de doença pelo vírus Ebola da variante Bundibugyo (Bundibugyo Virus Disease – BVD) na República Democrática do Congo (RDC) e em Uganda representa um importante teste para a capacidade de resposta sanitária regional e global diante de emergências infecciosas. Embora a variante Bundibugyo apresente menor letalidade quando comparada à cepa Zaire, responsável por alguns dos surtos mais devastadores da história, a rápida expansão geográfica dos casos, a ausência de vacinas licenciadas específicas, o contexto de conflito armado e as dificuldades operacionais observadas no terreno revelam vulnerabilidades persistentes nos sistemas de preparação e resposta a epidemias (4).

Em maio de 2026, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (PHEIC), reconhecendo o elevado risco de disseminação regional. Desde então, o número de casos cresceu rapidamente. Dados apresentados pelo Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC) indicam que o surto já se tornou, em apenas quatro semanas após a declaração da emergência, três vezes maior do que qualquer outro surto de Ebola havia sido no mesmo período temporal. Essa evolução demonstra que, apesar dos avanços acumulados após a pandemia de COVID-19, persistem importantes lacunas na capacidade global de detectar precocemente, conter e responder a ameaças infecciosas emergentes.

Um dos elementos centrais do atual surto é sua ocorrência em uma região marcada por instabilidade política e conflito armado. A transmissão concentra-se principalmente na província de Ituri, mas também alcançou Kivu do Norte, Kivu do Sul e Uganda. Em algumas dessas áreas, especialmente em Kivu do Norte, a insegurança limita significativamente o acesso das equipes de resposta, dificultando ações fundamentais como vigilância epidemiológica, rastreamento de contatos e assistência clínica. O diretor-geral do Africa CDC, Jean Kaseya, alertou que a continuidade dos confrontos compromete diretamente a contenção da epidemia, reforçando a necessidade de cessar-fogo para permitir acesso seguro às populações afetadas.

Nesse contexto, a posição defendida pelo virologista congolês Jean-Jacques Muyembe, um dos descobridores do vírus Ebola em 1976, adquire especial relevância. Segundo ele, a resposta não pode reproduzir divisões políticas ou militares existentes no território. Ao afirmar que "são todos congoleses", independentemente de viverem em áreas controladas pelo governo ou pelo grupo rebelde M23, Muyembe (5) enfatiza que o acesso aos cuidados de saúde deve ser universal e equitativo. A preocupação com o que denomina "sofrimento assimétrico" evidencia uma dimensão ética frequentemente negligenciada em emergências sanitárias complexas: a necessidade de garantir assistência baseada em princípios humanitários, mesmo em contextos de conflito.

As lições extraídas de surtos anteriores também ocupam lugar central no debate atual. A resposta à epidemia de Ebola entre 2018 e 2020, igualmente ocorrida no leste da RDC, foi amplamente criticada pela excessiva militarização e pela criação de estruturas paralelas de intervenção que marginalizaram os serviços locais de saúde. Esse modelo contribuiu para aumentar a desconfiança das comunidades e dificultou a adesão às medidas de controle.

Em contraste, Muyembe defende uma abordagem mais integrada, ancorada nas estruturas existentes do sistema de saúde, particularmente nas Divisões Provinciais de Saúde e nas zonas sanitárias afetadas. Essa estratégia busca não apenas responder à emergência imediata, mas também fortalecer capacidades locais de forma sustentável. A confiança comunitária emerge, assim, como um elemento tão importante quanto os recursos financeiros ou tecnológicos disponíveis.

De fato, a confiança social constitui um dos principais desafios da atual resposta. O Africa CDC relata que a circulação de desinformação e rumores tem alimentado medo e resistência às medidas sanitárias. Mensagens falsas questionando a existência do Ebola ou alegando infecções deliberadas contribuíram para aumentar a desconfiança em relação aos centros de tratamento. Em alguns locais, equipes de saúde foram atacadas e estruturas de isolamento e tratamento destruídas. Tais episódios ilustram como fatores sociais e políticos podem comprometer a efetividade das intervenções biomédicas, reforçando a importância da comunicação de risco e do engajamento comunitário.

As dificuldades operacionais observadas no terreno aprofundam ainda mais os desafios. As autoridades sanitárias relatam graves deficiências de infraestrutura, incluindo unidades de saúde sem água potável, equipamentos de proteção individual insuficientes, falta de materiais para descontaminação e capacidade limitada de transporte de pacientes. Além disso, há significativa escassez de recursos humanos. Segundo o Africa CDC, seriam necessários cerca de 540 profissionais para a resposta, mas apenas 84 estavam disponíveis. A insuficiência de ambulâncias também é crítica: apenas sete veículos estavam operacionais diante da necessidade estimada de 98.

Essas limitações impactam diretamente uma das estratégias mais importantes para o controle do Ebola: o rastreamento de contatos. Embora aproximadamente cinco mil contatos tenham sido oficialmente registrados, estimativas sugerem que o número real possa variar entre 17 mil e 35 mil pessoas, considerando o elevado grau de interação social em áreas urbanas e de mineração. Como resultado, apenas uma pequena fração dos contatos potenciais foi efetivamente identificada e monitorada. Essa lacuna representa um risco significativo para a manutenção da transmissão comunitária.

Ao mesmo tempo, a situação evidencia diferenças importantes entre os países afetados. Enquanto Uganda conseguiu rastrear cerca de 91% dos contatos associados aos seus casos e evitar a transmissão comunitária sustentada, a RDC enfrenta maiores dificuldades devido à insegurança, à mobilidade populacional e à resistência comunitária. Essa comparação sugere que a eficácia das medidas clássicas de saúde pública continua sendo um fator decisivo para o controle de surtos, mesmo diante de limitações tecnológicas.

Outro aspecto relevante refere-se ao financiamento da resposta. Em um contexto internacional marcado por cortes em ajuda humanitária e restrições orçamentárias em saúde global, Muyembe destaca positivamente a rápida mobilização de recursos pelo governo congolês. Segundo ele, trata-se de um sinal importante de comprometimento nacional com a

resposta. Paralelamente, OMS, UNICEF, Africa CDC e outros parceiros internacionais têm contribuído para apoiar as ações em curso.

Entretanto, persistem preocupações quanto à efetiva disponibilização dos recursos prometidos. Apesar de compromissos financeiros que ultrapassam centenas de milhões de dólares, o Africa CDC tem reiteradamente alertado para a lentidão na transferência efetiva dos recursos aos países afetados. A discrepância entre promessas e desembolsos concretos constitui um dos principais obstáculos à implementação das atividades previstas no Plano Continental de Preparação e Resposta, lançado conjuntamente pela OMS e pelo Africa CDC.

A controvérsia em torno da participação dos Estados Unidos ilustra alguns dos desafios contemporâneos da governança global da saúde. Embora Washington tenha anunciado mais de US$ 270 milhões para a resposta ao surto e recursos adicionais para o desenvolvimento de contramedidas médicas, líderes africanos afirmam não possuir clareza sobre os mecanismos de desembolso desses recursos nem sobre sua destinação final (6). Paralelamente, relatos de restrições impostas à interação entre especialistas norte-americanos e a OMS levantam preocupações sobre os impactos da fragmentação política na cooperação técnica internacional. Segundo observadores citados nas reportagens, a comunicação inconsistente entre instituições estadunidenses e organismos multilaterais tem prejudicado a coordenação da resposta.

O surto também reacende debates sobre preparação pandêmica em escala global. Diversos líderes internacionais e organismos especializados argumentam que a situação atual representa mais um exemplo do chamado ciclo de “pânico e negligência”, no qual períodos de intensa mobilização durante crises são seguidos por redução dos investimentos em preparação e prevenção. Em carta aberta divulgada durante o surto, destacam que o mundo continua despreparado para futuras pandemias, apesar das lições da COVID-19 e dos avanços científicos alcançados nos últimos anos.

Essa crítica ganha força diante das dificuldades observadas no desenvolvimento de contramedidas médicas para a variante Bundibugyo. Diferentemente da cepa Zaire, para a qual já existem vacinas e terapias específicas, ainda não há produtos aprovados para Bundibugyo. Diversos esforços de pesquisa foram acelerados após a declaração da emergência, incluindo testes diagnósticos, ensaios clínicos de terapias experimentais e o desenvolvimento de candidatos vacinais apoiados por instituições como CEPI, BARDA, OMS e Africa CDC. Contudo, mesmo com a mobilização internacional, torna-se improvável cumprir a chamada “Missão dos 100 Dias”, iniciativa criada para garantir a disponibilização rápida de diagnósticos, vacinas e tratamentos diante de novas ameaças epidêmicas.

Paradoxalmente, o próprio histórico científico da RDC demonstra avanços importantes em preparação. Muyembe destaca que o Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica (INRB) desenvolveu capacidades locais de diagnóstico que reduziram significativamente a dependência de laboratórios estrangeiros. Além disso, o país contribuiu para o desenvolvimento de anticorpos monoclonais contra a cepa Zaire e mantém atividades de vigilância em animais silvestres e águas residuais para monitoramento de patógenos com potencial epidêmico. Esses investimentos ilustram como capacidades científicas locais podem desempenhar papel estratégico na segurança sanitária regional e global.

Em síntese, o atual surto de Ebola Bundibugyo evidencia simultaneamente avanços e fragilidades da arquitetura contemporânea de preparação e resposta a emergências sanitárias. Por um lado, observa-se maior protagonismo de instituições africanas, mobilização relativamente rápida de recursos nacionais e esforços coordenados para acelerar o

desenvolvimento de contramedidas médicas. Por outro, persistem desafios estruturais relacionados à insegurança, à confiança comunitária, às limitações dos sistemas de saúde, à insuficiência de financiamento efetivamente desembolsado e às tensões políticas que afetam a cooperação internacional.

Mais do que uma emergência localizada, o surto revela que a preparação para pandemias depende não apenas de inovação tecnológica, mas também do fortalecimento sustentado dos sistemas de saúde, da construção de confiança social, da cooperação multilateral efetiva e da capacidade de transformar compromissos políticos em ações concretas. A experiência da RDC demonstra que a prevenção de futuras crises sanitárias exige investimentos contínuos nos períodos entre epidemias, evitando que o mundo permaneça preso ao recorrente ciclo de reação emergencial seguido de esquecimento.

O Anexo PABS do Acordo sobre Pandemias da OMS: avanços, impasses e os desafios da governança global dos patógenos na era pós-COVID-19

A negociação do Anexo sobre Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios (Pathogen Access and Benefit-Sharing – PABS), vinculado ao Acordo sobre Pandemias da Organização Mundial da Saúde (OMS), tornou-se um dos processos mais complexos e politicamente sensíveis da governança global da saúde contemporânea. Embora a Assembleia Mundial da Saúde de 2026 não tenha conseguido concluir as negociações dentro do prazo originalmente previsto, diversos observadores apontam que o aparente fracasso diplomático esconde avanços significativos na construção de entendimentos comuns sobre questões técnicas, jurídicas e políticas que permanecem no centro das disputas entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (7)

O PABS constitui um dos pilares centrais do Acordo Pandêmico aprovado em 2025. Seu objetivo é estabelecer mecanismos para garantir que países que compartilham amostras de patógenos e informações genéticas recebam benefícios concretos em troca, incluindo acesso a vacinas, diagnósticos, tratamentos, transferência de tecnologia e financiamento. A conclusão desse anexo é considerada condição necessária para que os Estados iniciem formalmente os processos de ratificação do tratado pandêmico, conferindo ao tema uma relevância estratégica para o futuro da arquitetura global de preparação e resposta a pandemias.

Apesar da ausência de consenso na última rodada de negociações, realizada em maio de 2026, os analistas do Global Health Centre do Geneva Graduate Institute argumentam que houve progresso substancial ao longo do último ano. Segundo essa avaliação, o principal obstáculo enfrentado pelos negociadores não reside apenas em divergências políticas entre Norte e Sul Global, mas também na extraordinária complexidade técnica do tema. Diplomatas e representantes governamentais precisaram desenvolver compreensão aprofundada sobre funcionamento de laboratórios, bancos de dados genômicos, sistemas de vigilância, pesquisa e desenvolvimento de produtos médicos e mecanismos de financiamento internacional, além de imaginar como esses sistemas poderiam ser reorganizados para promover maior equidade.

Nesse sentido, um dos avanços mais relevantes observados foi o surgimento de uma compreensão compartilhada sobre o papel dos bancos de dados genéticos e das redes laboratoriais na governança de patógenos. Ao longo das negociações, consolidou-se gradualmente a percepção de que futuras estruturas coordenadas pela OMS poderão ter como base redes de laboratórios reconhecidas internacionalmente e bancos de dados de sequenciamento genético oficialmente vinculados ao sistema multilateral. Esse entendimento

fornece uma base técnica mais sólida para a formulação de propostas e para a busca de compromissos políticos entre posições anteriormente consideradas irreconciliáveis.

A discussão sobre bancos de dados genômicos ocupa posição central nos debates do PABS porque toca diretamente em uma das questões mais sensíveis da saúde global contemporânea: quem controla os dados biológicos e quem se beneficia deles. A experiência recente dos surtos de hantavírus e do Ebola Bundibugyo ilustra a diversidade de modelos existentes. Enquanto pesquisadores suíços que sequenciaram o hantavírus optaram por compartilhar seus dados em regime de acesso totalmente aberto, cientistas de Uganda e da República Democrática do Congo que sequenciaram o vírus Ebola Bundibugyo utilizaram uma plataforma que permite acesso aos dados, mas impõe restrições sobre seu uso posterior.

Essas diferentes escolhas refletem não apenas preferências científicas, mas também preocupações políticas e econômicas relacionadas à apropriação de recursos biológicos e ao retorno dos benefícios derivados da pesquisa. O aumento do número de legislações nacionais voltadas à regulação de dados de sequenciamento genético reforça ainda mais a complexidade do cenário. Como resultado, torna-se cada vez mais evidente que um único modelo global de governança para todos os bancos de dados de patógenos é tecnicamente e juridicamente inviável. As negociações do PABS, portanto, precisam reconhecer essa diversidade institucional e buscar mecanismos capazes de operar em um ambiente caracterizado pela coexistência de diferentes regimes regulatórios.

Foi nesse contexto que emergiu uma das propostas mais promissoras das negociações: a criação de um sistema híbrido de registro de dados sobre patógenos. A proposta permitiria aos países escolher entre compartilhar informações por meio de plataformas de acesso aberto ou de sistemas baseados em registro e autorização. Essa alternativa procura construir uma ponte entre delegações que defendem o compartilhamento irrestrito de dados e aquelas que consideram necessário manter algum grau de controle sobre a utilização posterior dessas informações. Embora ainda não exista consenso sobre os detalhes operacionais do modelo, sua simples emergência demonstra uma mudança importante na dinâmica das negociações, que passaram gradualmente de posições rígidas para a busca de possíveis zonas de convergência.

Outra área em que sinais de aproximação começam a surgir refere-se à repartição de benefícios. Tradicionalmente, o debate esteve concentrado na hipótese de uma pandemia declarada formalmente. Entretanto, alguns países em desenvolvimento argumentam que mecanismos de benefício compartilhado também deveriam ser aplicados durante Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (PHEIC), que ocorrem com maior frequência e frequentemente envolvem riscos significativos para países de baixa e média renda.

Nesse aspecto, uma mudança relevante foi identificada na posição da União Europeia. Embora ainda não exista acordo definitivo, observou-se uma aceitação crescente de que formas estruturadas de repartição de benefícios possam ser acionadas não apenas durante pandemias, mas também em emergências sanitárias internacionais de menor escala. O atual surto de Ebola Bundibugyo na África Central aparece frequentemente como exemplo concreto dessa necessidade. Essa flexibilização pode representar um dos principais pontos de convergência capazes de viabilizar um acordo futuro.

Ainda assim, permanecem profundas divergências sobre a natureza e o alcance dos benefícios a serem compartilhados. O Acordo Pandêmico de 2025 já estabeleceu que 20% dos produtos médicos relacionados a emergências pandêmicas deverão ser disponibilizados em

tempo real por meio do sistema PABS. Contudo, a discussão sobre contribuições financeiras e benefícios adicionais permanece aberta.

De maneira geral, duas visões distintas continuam em disputa. Um grupo de países defende que as contribuições financeiras realizadas pelos usuários dos materiais e dados compartilhados sejam destinadas exclusivamente ao financiamento operacional do próprio sistema PABS. Nessa perspectiva, não haveria necessidade de pagamentos adicionais vinculados ao sucesso comercial dos produtos desenvolvidos.

Por outro lado, diversos países do Sul Global argumentam que a repartição de benefícios deve refletir o valor econômico efetivamente gerado pelos produtos resultantes do acesso aos recursos biológicos. Segundo essa visão, empresas farmacêuticas e outros desenvolvedores deveriam realizar contribuições proporcionais aos retornos comerciais obtidos a partir de vacinas, medicamentos ou diagnósticos produzidos com base em amostras e dados compartilhados por países fornecedores. Essa divergência reflete um debate mais amplo sobre justiça distributiva na economia global da inovação em saúde.

A questão do financiamento do sistema também permanece insuficientemente resolvida. Para além dos fluxos de repartição de benefícios, os negociadores precisam definir como serão financiadas as estruturas necessárias para operacionalizar o PABS, incluindo sistemas de monitoramento, bancos de dados, mecanismos administrativos e atividades de governança. Além disso, será necessário harmonizar o financiamento do PABS com outros instrumentos já previstos no Acordo Pandêmico e no Regulamento Sanitário Internacional.

Outro tema de grande relevância diz respeito à transferência de tecnologia. Existe consenso geral entre os países sobre a importância de ampliar capacidades produtivas em diferentes regiões do mundo e reduzir a concentração da fabricação de produtos médicos em poucos países. Contudo, as negociações ainda não conseguiram avançar sobre os mecanismos concretos que permitiriam transformar esse objetivo em realidade. Questões relacionadas ao licenciamento de propriedade intelectual, compartilhamento de conhecimento técnico e incentivos para a transferência tecnológica continuam entre os temas mais sensíveis da agenda.

Além dos aspectos operacionais, o debate sobre governança também permanece aberto. Embora haja concordância quanto à necessidade de criação de um Grupo Consultivo especializado para apoiar a implementação do sistema PABS, ainda existem divergências sobre a extensão de suas atribuições, seu grau de autonomia e as instâncias às quais deverá prestar contas. Essas discussões são particularmente relevantes porque determinarão, na prática, o equilíbrio de poder entre os diferentes atores envolvidos na governança futura do acordo.

Paralelamente às negociações formais, surgiu um novo elemento capaz de afetar significativamente a arquitetura do PABS: a proliferação de acordos bilaterais firmados pelos Estados Unidos com diversos países. Segundo os analistas, tais acordos estabelecem mecanismos pelos quais países compartilham amostras de patógenos e dados biológicos diretamente com o governo norte-americano em troca de assistência em saúde.

A preocupação levantada por diversos observadores é que esses instrumentos bilaterais possam enfraquecer o sistema multilateral em construção. Ao oferecer canais alternativos para compartilhamento de materiais biológicos, tais acordos podem criar incentivos para que países priorizem relações bilaterais em detrimento dos mecanismos coletivos previstos pelo PABS. Utilizando uma metáfora oriunda das negociações comerciais internacionais, os autores

descrevem esses acordos como “cupins” na estrutura da futura arquitetura multilateral, capazes de corroer gradualmente sua eficácia.

O prolongamento das negociações por mais um ano também ocorre em um ambiente político particularmente complexo. Além do PABS, os Estados-membros da OMS enfrentarão simultaneamente discussões sobre a sucessão da direção-geral da organização e sobre processos mais amplos de reforma da arquitetura global da saúde. Para muitas delegações, especialmente aquelas com recursos diplomáticos limitados, a necessidade de participar de múltiplas negociações paralelas representa um desafio adicional. Por outro lado, a sobreposição dessas agendas pode abrir espaço para barganhas políticas mais amplas e para a construção de compromissos que transcendam o tema específico do compartilhamento de patógenos.

Em última análise, as negociações do PABS refletem uma das questões centrais da saúde global no século XXI: como equilibrar a necessidade de compartilhamento rápido de informações biológicas para proteger a saúde coletiva mundial com as demandas por equidade, soberania e justiça na distribuição dos benefícios gerados por esse compartilhamento. A experiência da pandemia de COVID-19 evidenciou que o acesso aberto a amostras e dados pode acelerar o desenvolvimento científico, mas também mostrou que os benefícios produzidos por esse conhecimento tendem a ser distribuídos de forma profundamente desigual.

Embora os impasses permaneçam significativos, os avanços observados na compreensão técnica dos temas em negociação e o surgimento de propostas intermediárias sugerem que o processo entrou em uma fase mais madura. O desafio para os próximos meses será transformar essas convergências parciais em um arranjo institucional capaz de responder simultaneamente às demandas por solidariedade global, segurança sanitária e equidade. O futuro do Acordo Pandêmico da OMS dependerá, em grande medida, da capacidade dos Estados de construir esse equilíbrio delicado entre interesses nacionais, inovação científica e responsabilidades coletivas diante das futuras ameaças pandêmicas.

A resposta global ao HIV/AIDS diante de uma crise de financiamento: riscos de retrocesso, desafios estruturais e o futuro da agenda de saúde global

A resposta global ao HIV/AIDS atravessa um dos momentos mais críticos desde a consolidação da arquitetura internacional de combate à epidemia no final da década de 1990 (5,6). Após décadas de expansão do acesso ao tratamento, redução consistente da mortalidade e avanços significativos na prevenção, os dados mais recentes divulgados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) apontam para uma combinação preocupante de retração financeira, enfraquecimento dos direitos humanos e fragilização dos serviços comunitários que sustentaram grande parte dos resultados alcançados até o momento. Em um contexto marcado por múltiplas crises globais, o futuro da meta de eliminar a AIDS como ameaça à saúde pública até 2030 passa a depender não apenas da disponibilidade de tecnologias eficazes, mas sobretudo de decisões políticas relacionadas ao financiamento, à proteção dos direitos e à sustentabilidade da cooperação internacional (8).

O principal sinal de alerta decorre da abrupta redução dos recursos destinados à resposta ao HIV. Segundo o Global AIDS Brief 2026 (9), a assistência internacional ao desenvolvimento voltada para programas de HIV/AIDS sofreu uma queda de 23% em 2025 em comparação ao ano anterior, configurando a maior redução já registrada. Essa retração ocorre em um momento particularmente sensível, às vésperas da Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, responsável por definir a última declaração política global antes do prazo de 2030 estabelecido pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Grande parte desse choque financeiro está associada às mudanças na política externa dos Estados Unidos, historicamente o principal financiador da resposta global ao HIV. Desde a criação do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (PEPFAR), em 2003, o país investiu mais de US$ 100 bilhões na resposta à epidemia, constituindo o maior compromisso financeiro já realizado por uma única nação para enfrentar uma doença específica. Em conjunto com o Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária, os recursos provenientes dos Estados Unidos representavam aproximadamente 86% de todo o financiamento internacional destinado ao HIV em 2024. A redução abrupta desses aportes produziu impactos imediatos em diversos países altamente dependentes da ajuda externa.

A diretora executiva do UNAIDS, Winnie Byanyima, descreveu a situação atual como a maior crise enfrentada pela resposta ao HIV desde que a comunidade internacional estruturou os principais mecanismos globais de enfrentamento da epidemia. A avaliação reflete não apenas a magnitude das perdas financeiras, mas também a convergência de outros fatores adversos, incluindo a redução do espaço cívico, o avanço de legislações discriminatórias e o enfraquecimento de organizações comunitárias que desempenham papel fundamental na prevenção e no cuidado.

A gravidade do momento torna-se ainda mais evidente quando contrastada com os avanços acumulados nas últimas décadas. Em 2025, aproximadamente 1,2 milhão de pessoas adquiriram HIV em todo o mundo, uma redução de 43% em relação a 2010. No mesmo período, as mortes relacionadas à AIDS caíram 57%, alcançando cerca de 570 mil óbitos anuais. Dos 40,9 milhões de indivíduos vivendo com HIV globalmente, 32,1 milhões estavam em tratamento antirretroviral ao final do ano. Esses números demonstram a eficácia dos investimentos realizados ao longo dos últimos vinte anos e evidenciam o potencial de controle da epidemia quando há recursos adequados, compromisso político e acesso ampliado às tecnologias disponíveis.

Entretanto, os resultados também revelam limitações importantes. O mundo não alcançou nenhuma das metas globais previstas para 2025, e os indicadores atuais podem representar apenas o último retrato de uma fase de expansão antes que os efeitos completos dos cortes financeiros se manifestem sobre a dinâmica epidemiológica. O próprio UNAIDS alerta que as consequências mais profundas da crise deverão tornar-se visíveis nos próximos anos, à medida que interrupções em serviços, cadeias de suprimento e programas comunitários produzam impactos acumulativos sobre a transmissão do vírus e a mortalidade.

Entre todas as áreas da resposta ao HIV, a prevenção aparece como a mais vulnerável à redução do financiamento internacional. Historicamente, os programas preventivos receberam parcela relativamente pequena dos investimentos globais, correspondendo a apenas 11% dos recursos totais destinados ao HIV em 2024. Em regiões como a África Subsaariana, cerca de 83% do financiamento dessas atividades dependia de doadores externos. A súbita retração dos recursos atingiu diretamente intervenções essenciais para reduzir novas infecções.

Os dados revelam uma queda de 38% no número de pessoas que receberam profilaxia pré-exposição (PrEP) entre 2024 e 2025 nos países que reportaram informações ao UNAIDS. Esse declínio é particularmente preocupante porque ocorre justamente no momento em que a ciência disponibiliza algumas das ferramentas preventivas mais eficazes da história da epidemia. A redução do acesso à PrEP soma-se à queda de 22% na realização de testes de HIV em países de alta carga da doença, à redução de 93% dos investimentos em programas de distribuição de

preservativos e à diminuição de 80% dos recursos destinados a iniciativas voltadas para a remoção de barreiras legais e sociais de acesso aos serviços.

Essa situação evidencia uma contradição fundamental da saúde global contemporânea. Embora a inovação biomédica continue produzindo avanços extraordinários, sua capacidade de gerar impacto populacional depende de sistemas de financiamento, políticas públicas e mecanismos de acesso capazes de transformar descobertas científicas em benefícios concretos para as populações. O caso do lenacapavir ilustra de forma emblemática essa realidade. Considerado uma das mais promissoras ferramentas de prevenção já desenvolvidas, o medicamento injetável semestral demonstrou capacidade quase completa de bloquear a transmissão do HIV. No entanto, até março de 2026 havia alcançado pouco mais de seis mil pessoas em cinco países da África Subsaariana, número muito distante dos cerca de 20 milhões de indivíduos que, segundo estimativas do UNAIDS, necessitariam de prevenção baseada em antirretrovirais.

A crise atual também possui uma importante dimensão relacionada aos direitos humanos. O relatório aponta uma reversão de tendências observadas ao longo das últimas décadas em relação à descriminalização de populações-chave vulneráveis ao HIV. Pela primeira vez desde o início do monitoramento realizado pelo UNAIDS, observa-se um aumento do número de países que adotam ou fortalecem legislações criminalizando grupos historicamente mais expostos à infecção.

Essa mudança ocorre em um contexto mais amplo de retração de direitos civis e redução do espaço de atuação da sociedade civil. Segundo dados apresentados pelo relatório, apenas sete dos 193 países do mundo não criminalizam ao menos uma das seguintes condições: relações entre pessoas do mesmo sexo, trabalho sexual, posse de pequenas quantidades de drogas, identidade transgênero ou determinadas situações relacionadas à exposição e transmissão do HIV. Paralelamente, o monitoramento realizado pela organização CIVICUS indica que apenas 7% da população mundial vive atualmente em países classificados como possuidores de espaço cívico aberto ou relativamente aberto.

A relação entre direitos humanos e controle da epidemia é um dos temas centrais da resposta ao HIV desde seus primeiros anos. A experiência acumulada demonstra que a criminalização e a discriminação reduzem a procura por testes, dificultam o acesso ao tratamento e aumentam a vulnerabilidade de populações-chave. Nesse sentido, o avanço de políticas restritivas representa não apenas um desafio ético e jurídico, mas também uma ameaça direta à efetividade das estratégias de saúde pública.

Outro aspecto relevante destacado pelo relatório é a crescente transformação da arquitetura do financiamento global da saúde. A redução da ajuda externa ocorre simultaneamente ao aumento da dívida pública em muitos países de baixa e média renda, à multiplicação de crises humanitárias e à emergência de novos surtos epidêmicos, como Ebola e outras doenças infecciosas. Esse contexto impõe pressões adicionais sobre sistemas de saúde já fragilizados e obriga governos nacionais a realizar escolhas difíceis sobre alocação de recursos.

Diante dessa realidade, observa-se uma tendência crescente de fortalecimento da chamada apropriação nacional das respostas ao HIV. Diversos países mobilizaram recursos domésticos para preservar serviços considerados essenciais, especialmente o tratamento antirretroviral. Embora essa estratégia represente um passo importante em direção à sustentabilidade de longo prazo, os dados indicam que áreas menos priorizadas politicamente, como prevenção e serviços liderados por comunidades, continuam particularmente vulneráveis.

Essa discussão adquire relevância especial no momento em que a comunidade internacional se prepara para negociar uma nova Declaração Política das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. O documento deverá orientar a implementação da Estratégia Global de AIDS 2026–2031 e estabelecer metas ambiciosas para o período restante até 2030, incluindo alcançar 40 milhões de pessoas em tratamento antirretroviral, garantir acesso à prevenção baseada em antirretrovirais para 20 milhões de indivíduos e assegurar serviços livres de estigma e discriminação.

Segundo projeções do UNAIDS, o cumprimento dessas metas poderia evitar aproximadamente 3,2 milhões de novas infecções e 1,2 milhão de mortes relacionadas à AIDS até o final da década. Contudo, tais resultados dependerão da capacidade dos governos e parceiros internacionais de reverter a atual trajetória de retração financeira e de reafirmar compromissos políticos com a agenda global de HIV.

Paradoxalmente, o debate ocorre em meio à incerteza sobre o próprio futuro institucional do UNAIDS. A proposta de reforma das Nações Unidas apresentada pelo secretário-geral António Guterres prevê o encerramento do programa até o final de 2026, medida que provocou forte reação de Estados-membros e organizações da sociedade civil. Simultaneamente, a agência já iniciou um processo de reestruturação que inclui redução significativa de pessoal e fechamento de escritórios nacionais.

Em síntese, a atual crise da resposta global ao HIV revela as fragilidades de um modelo fortemente dependente de financiamento externo e expõe os riscos associados à erosão simultânea de recursos financeiros, proteção de direitos humanos e participação comunitária. O cenário é particularmente preocupante porque ocorre justamente quando o conhecimento científico, os medicamentos e as ferramentas de prevenção mais eficazes da história da epidemia estão disponíveis. A possibilidade de alcançar a meta de eliminação da AIDS como ameaça à saúde pública até 2030 permanece tecnicamente viável. Contudo, sua concretização dependerá menos de novas descobertas biomédicas e mais da capacidade dos Estados e da comunidade internacional de preservar os investimentos, fortalecer sistemas de saúde, proteger direitos e garantir que os avanços científicos sejam acompanhados por mecanismos equitativos de acesso. A decisão sobre qual caminho seguir constitui, fundamentalmente, uma escolha política sobre o futuro da saúde global e da solidariedade internacional.

Referências

1. PODER360. Lula e OMS assinam carta para que países concluam tratado sobre pandemias. 15 jun. 2026. Disponível em: https://www.poder360.com.br/poder-governo/lula-e-oms-assinam-carta-para-que-paises-concluam-tratado-sobre-pandemias/

2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta abierta a los dirigentes del G7, el G20, el BRICS y de todas las naciones. 15 jun. 2026. Disponível em: https://www.who.int/es/news/item/15-06-2026-open-letter-to-leaders-of-g7-g20-brics-and-all-nations-on-finalizing-the-who-pandemic-agreement-s-pathogen-access-and-benefit-sharing-annex

3. PRENSA DE BABEL. AHF saúda o apelo de Lula e Tedros por equidade no Acordo sobre Pandemias. 19 jun. 2026. Disponível em: https://prensadebabel.com.br/332727-ahf-sauda-o-apelo-de-lula-e-tedros-por-equidade-no-acordo-sobre-pandemias-e-alerta-contra-a-pressa-de-um-acordo-vazio/.

4. Phelan AL, Nuzzo JB, Gostin LO. The PHEIC for Ebola disease caused by Bundibugyo virus: an inflection point for solidarity and health equity. The Lancet. 2026.

5. Health Policy Watch. Muyembe: DRC's Ebola Response Must Be Anchored Locally – Health Policy Watch [Internet]. Health Policy Watch. 2026. Disponível em: https://healthpolicy-watch.news/muyembe-drcs-ebola-response-must-be-anchored-locally/. Acesso em 21 jun 2026.

6. Health Policy Watch. US Support For Ebola Response Is Unclear Amid Opaque Funds Disbursement And Non-Engagement With WHO – Health Policy Watch [Internet]. Health Policy Watch. 2026. Disponível em: https://healthpolicy-watch.news/us-support-for-ebola-response-is-unclear/. Acesso em 21 jun. 2026.

7. Health Policy Watch. Despite Delays, Negotiations Over Critical PABS Annex to WHO Pandemic Treaty Reveal Signs Of Progress; Here's Why – Health Policy Watch [Internet]. Health Policy Watch. 2026. Disponível em: https://healthpolicy-watch.news/despite-delays-negotiations-over-critical-pabs-annex-to-who-pandemic-treaty-reveal-signs-of-progress-heres-why/. Acesso em 21 jun. 2026.

8. UNAIDS. Global AIDS Brief. 2026. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/2026-06/20260612_global_aids_brief.pdf. Acesso em 21 jun. 2026.

9. Health Policy Watch. HIV Response Faces "Biggest Storm" In Its History After 23% Funding Nosedive – Health Policy Watch [Internet]. Health Policy Watch. 2026. Disponível em: https://healthpolicy-watch.news/hiv-response-faces-biggest-storm-in-its-history-after-funding-nosedive/. Acesso em 21 jun. 2026.