Atualização EUA

Actualización EE. UU.

U.S. Update

Luiz Augusto Galvão

Resumo. Nas últimas duas semanas, a política norte-americana de saúde sofreu mudanças significativas com repercussões tanto globais quanto domésticas. O governo dos Estados Unidos concluiu formalmente sua saída da Organização Mundial da Saúde (OMS), encerrando décadas de participação, financiamento e cooperação técnica que moldaram a arquitetura da saúde internacional. Em paralelo, a nova estratégia americana de saúde g;obal avançou com a assinatura de acordos bilaterais com 21 países, representando cerca de 20 bilhões de dólares em comprometimentos de recursos. No plano interno, os norte-americanos enfrentam aumentos históricos nos prêmios de saúde em todas as modalidades de cobertura, além de cortes no Medicaid e novas exigências de elegibilidade que afetam dezenas de milhões de pessoas. Especialistas apontam riscos concretos para programas globais de combate ao HIV/AIDS, tuberculose e malária, ao mesmo tempo em que potências como a China buscam preencher o vácuo de influência deixado pelos Estados Unidos na governança sanitária internacional.

Palavras-chave: EUA. Saúde global. Política externa. OMS. PEPFAR. Ajuda humanitária. Acordos bilaterais. Medicare. Medicaid. América Primeiro. Financiamento em saúde. Reforma sanitária.

Resumen. *En las últimas dos semanas, la política sanitaria estadounidense ha sufrido cambios significativos con repercusiones tanto a nivel mundial como nacional. El Gobierno de los Estados Unidos ha formalizado su salida de la Organización Mundial de la Salud (OMS), poniendo fin a décadas de participación, financiación y cooperación técnica que han dado forma a la arquitectura sanitaria internacional. Paralelamente, la nueva estrategia estadounidense en materia de salud global ha avanzado con la firma de acuerdos bilaterales con 21 países, lo que representa unos 20 000 millones de dólares en compromisos de recursos. A nivel interno, los estadounidenses se enfrentan a aumentos históricos en las primas de salud en todas las modalidades de cobertura, además de recortes en Medicaid y nuevos requisitos de elegibilidad que afectan a decenas de millones de personas. Los expertos señalan riesgos concretos para los programas globales de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, al tiempo que potencias como China tratan de llenar el vacío de influencia dejado por Estados Unidos en la gobernanza sanitaria internacional.*

Palabras clave: *EE. UU. Salud global. Política exterior. OMS. PEPFAR. Ayuda humanitaria. Acuerdos bilaterales. Medicare. Medicaid. América Primero. Financiamiento de la salud. Reforma sanitaria.*

Abstract. *Over the past two weeks, U.S. health policy has undergone major shifts with both global and domestic implications. The United States formally completed its withdrawal from the World Health Organization (WHO), ending decades of membership, funding, and technical cooperation. Simultaneously, the Global Health Strategy advanced through bilateral agreements with 21 countries, totaling roughly $20 billion in commitments. Domestically, Americans face*

historic premium increases across all coverage types, Medicaid cuts, and new eligibility requirements. Experts warn of concrete risks to global HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria programs as geopolitical rivals seek to fill the influence gap left by the United States.

Keywords: *USA. Global health. Foreign policy. WHO. PEPFAR. Foreign aid. Bilateral agreements. Medicare. Medicaid. America First. Health financing.*

Introdução

A política de saúde dos Estados Unidos atravessa uma das fases de maior transformação de sua história recente. Em um intervalo de apenas duas semanas, de meados a fins de fevereiro de 2026, eventos de grande relevância se sobrepuseram: a conclusão formal do processo de retirada norte-americana da Organização Mundial da Saúde (OMS), a assinatura de novos acordos bilaterais no âmbito da estratégia americana de saúde global, a aprovação de legislação orçamentária que redefine os canais de assistência externa em saúde, e mudanças internas de grande alcance nos programas Medicare e Medicaid, bem como no mercado de seguros de saúde. A confluência desses eventos sinaliza uma reconfiguração profunda do papel dos Estados Unidos na saúde, tanto no plano doméstico quanto internacional. Este artigo descreve, de forma factual e equilibrada, os principais acontecimentos e seus desdobramentos imediatos.

A Saída Formal dos EUA da OMS

Em 22 de janeiro de 2026, após o período de aviso de um ano exigido pelo estatuto da organização, os Estados Unidos concluíram oficialmente sua retirada da OMS — a primeira desde a fundação da entidade, em 1948 [1]. O Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) confirmou o encerramento de toda a contribuição financeira norte-americana à organização, o retorno de funcionários e contratistas alocados na sede da OMS em Genebra e em escritórios regionais ao redor do mundo, e a interrupção de todas as formas de participação em governança e tomada de decisões. O processo havia sido iniciado por ordem executiva assinada no primeiro dia do segundo mandato presidencial, em janeiro de 2025.

Como o maior contribuinte individual da OMS ao longo das últimas décadas — com aportes anuais superiores a 400 milhões de dólares —, a saída norte-americana criou um impacto financeiro imediato e de difícil compensação. A OMS anunciou planos de reduzir aproximadamente 2.300 postos de trabalho, o equivalente a um quarto de sua força de trabalho global, até o verão de 2026, além de consolidar dez divisões em quatro. O déficit orçamentário projetado para o ciclo 2026–2027 chegou a 1,9 bilhão de dólares — quase 45% do orçamento planejado [2].

Autoridades sanitárias e especialistas independentes expressaram preocupação com os efeitos de longo prazo desse afastamento. Entre os pontos mais citados estão: a redução do acesso norte-americano a dados epidemiológicos precoces provenientes de países membros; a perda de influência na definição de protocolos internacionais, incluindo o processo de composição da vacina contra a gripe sazonal, que depende de dados coletados pela rede global da OMS; e a diminuição da capacidade de resposta coordenada a futuras emergências de saúde pública de alcance internacional. Analistas também apontam que potências concorrentes — em especial a China, que anunciou contribuição adicional de 500 milhões de dólares à OMS nos próximos cinco anos — tendem a ocupar o espaço de influência deixado pelos Estados Unidos [3].

A Estratégia americana de saúde global e os Novos Acordos Bilaterais

Em paralelo ao desengajamento multilateral, o governo norte-americano tem avançado na construção de uma nova arquitetura de cooperação em saúde, baseada em acordos bilaterais diretos negociados pelo Departamento de Estado. Em 26 de fevereiro de 2026, foram assinados Memorandos de Entendimento (MoUs) com a República Dominicana e a República do Níger, elevando para 21 o total de países com acordos formalmente firmados — todos situados na África subsaariana, no Caribe ou na América Central [4]. Esses acordos representam cerca de 20 bilhões de dólares em comprometimentos totais para um período de cinco anos, sendo mais de 12,4 bilhões em assistência norte-americana e 7,6 bilhões em contrapartidas assumidas pelos próprios países receptores como condição de elegibilidade.

Os acordos cobrem áreas prioritárias como HIV/AIDS, malária, tuberculose e segurança sanitária, com duração de cinco anos e benchmarks de desempenho definidos. A ênfase em copagamento e corresponsabilidade fiscal é apresentada como um dos pilares da nova abordagem, em contraste com o modelo anterior de assistência predominantemente unilateral. Analistas identificam elementos positivos nessa reorientação, como o maior alinhamento com as prioridades sanitárias dos próprios governos receptores e o incentivo à autonomia dos sistemas nacionais de saúde. Contudo, alertam que o cronograma de implementação é exíguo — com início previsto para abril de 2026 — e que programas essenciais de saúde materno-infantil, nutrição, imunização de rotina e saúde reprodutiva não estão claramente cobertos pelos novos marcos contratuais [5].

Impactos nos Programas Multilaterais de Saúde

O impacto das mudanças sobre organizações multilaterais de saúde tem sido substancial e, em alguns casos, imediato. O PEPFAR — programa criado em 2003 e responsável por mais de 25 milhões de vidas salvas no combate ao HIV/AIDS —, a UNAIDS e a Gavi enfrentam incertezas crescentes sobre seu financiamento futuro. Dados levantados em 2025, logo após a ordem de suspensão dos repasses norte-americanos, indicaram que 71% dos parceiros implementadores do PEPFAR relataram o cancelamento completo de ao menos uma categoria de atividades, enquanto cerca de 50% dos funcionários foram desligados ou colocados em licença compulsória, comprometendo a continuidade do atendimento a pacientes em tratamento antirretroviral [6].

A UNAIDS anunciou o desligamento de mais de 50% de seu quadro de pessoal, reduzindo sua equipe de aproximadamente 608 para cerca de 280 funcionários. Documentos internos do sistema ONU apontam para estudos em andamento sobre uma possível fusão da UNAIDS com a OMS, apresentada como estratégia para criar uma estrutura mais unificada de governança global do HIV/AIDS, ainda que críticos alertem para o risco de enfraquecimento da abordagem centrada na sociedade civil. A Gavi — aliança responsável pela vacinação infantil em países de baixa renda — e o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária também são profundamente afetados: os Estados Unidos respondiam por mais de um terço do orçamento da Gavi e por quase a metade do orçamento do Fundo Global [7].

A OMS enfrentou a reunião do Conselho Executivo de fevereiro de 2026 em meio a um déficit orçamentário estimado em 1,9 bilhão de dólares para o ciclo 2026–2027, além de uma lacuna adicional de 600 milhões referentes ao período encerrado em 2025. Apesar do cenário adverso, a organização conseguiu mobilizar cerca de 85% dos recursos necessários para suas funções centrais, por meio de contribuições de novos doadores e parcerias com o setor privado. O diretor-geral ressaltou que áreas críticas como preparação para pandemias e resistência antimicrobiana permanecem com financiamento insuficiente [3].

Nova Legislação Orçamentária

Em 3 de fevereiro de 2026, entrou em vigor a Lei de Dotações Consolidadas de 2026, que substituiu a histórica rubrica de Operações de Estado e Exterior e incorporou o pacote de segurança nacional e relações exteriores. A legislação representa um marco institucional ao codificar, pela primeira vez em linguagem orçamentária aprovada pelo Congresso, referências explícitas à estratégia "America First" como diretriz oficial da política norte-americana de saúde global. A lei também introduz requisitos ampliados de prestação de contas: os acordos bilaterais negociados pelo Departamento de Estado passam a estar sujeitos ao escrutínio do Congresso, com obrigação de relatórios periódicos sobre planos de transição, expectativas de cofinanciamento, cronogramas de implementação e indicadores de desempenho mensuráveis [8].

Mudanças no Sistema de Saúde Interno dos EUA

Enquanto a política de saúde global se reconfigura, o sistema de saúde interno dos Estados Unidos também passa por mudanças de grande alcance. A lei orçamentária de fevereiro de 2026 preservou importantes proteções para os beneficiários do Medicare: as flexibilidades de telessaúde — que permitem consultas remotas, fundamentais para populações rurais e pessoas com mobilidade reduzida — foram prorrogadas até 2027; o programa Acute Hospital Care at Home, que autoriza hospitais certificados a oferecer cuidados de nível hospitalar no domicílio dos pacientes, foi estendido por cinco anos; e o programa de prevenção do diabetes do Medicare foi mantido até 2029 [9].

No campo dos custos, os norte-americanos enfrentam em 2026 aumentos expressivos em todas as modalidades de cobertura de saúde. O prêmio mensal do Medicare Parte B subiu 9,7%, passando de 185 para 202,90 dólares mensais — ultrapassando pela primeira vez a marca de 200 dólares —, alta que corresponde a mais do triplo do reajuste dos benefícios do Seguro Social para o mesmo ano (2,8%). Para os 64 milhões de beneficiários do Medicare, em sua maioria aposentados com renda fixa, essa disparidade representa uma redução efetiva do poder de compra. Os planos de saúde privados oferecidos por empregadores devem registrar aumento médio de 9%, o maior em quinze anos, enquanto os planos do mercado de seguros individuais da ACA podem ver seus prêmios aumentar em até 26%, em parte pela não renovação dos créditos tributários aprimorados que beneficiavam cerca de 24 milhões de pessoas [10].

No âmbito do Medicaid — programa que cobre mais de 70 milhões de norte-americanos de baixa renda, incluindo crianças, idosos, pessoas com deficiência e adultos em situação de vulnerabilidade —, as mudanças legislativas aprovadas em 2025 no âmbito da chamada *One Big Beautiful Bill Act* começam a produzir efeitos concretos. A taxa federal de coparticipação ampliada (FMAP) que incentivava estados a expandir o Medicaid sob a ACA — cobrindo 90% dos custos da expansão — foi encerrada em 1.º de janeiro de 2026, obrigando os estados a arcar com uma parcela maior das despesas em um momento de pressão fiscal. O Escritório de Orçamento do Congresso (CBO) estimou que essa mudança resultará em 1,3 milhão de americanos sem cobertura de saúde já em 2026, com projeção de agravamento progressivo nos anos seguintes. Em outubro de 2026, as restrições de elegibilidade se ampliarão para algumas categorias de imigrantes com proteção humanitária formal, como refugiados e asilados [11].

O governo federal avança ainda na implementação de novas exigências de trabalho para beneficiários do Medicaid, condicionando a manutenção da cobertura à comprovação de atividade laborativa, educacional ou comunitária de ao menos 20 horas semanais para adultos entre 19 e 64 anos. A medida entrará em vigor federalmente a partir de janeiro de 2027, mas

Nebraska foi o primeiro estado a anunciar implementação antecipada, prevista para maio de 2026. Especialistas em saúde pública alertam que requisitos de trabalho historicamente resultam em perdas de cobertura por razões burocráticas, afetando inclusive pessoas que já trabalham mas têm dificuldade de comprovar sua situação [12]. Em paralelo, o CBO projeta que os gastos federais totais com saúde — incluindo Medicare, Medicaid, subsídios da ACA e CHIP — devem crescer de 1,8 trilhão de dólares em 2025 para 3,1 trilhões em 2036, aprofundando o debate sobre a sustentabilidade fiscal do sistema de saúde norte-americano a longo prazo [13].

Em sentido contrário a algumas dessas pressões, entraram em vigor em 2026 os preços negociados para 25 medicamentos de alto custo no Medicare — resultado do processo de negociação direta entre o governo federal e fabricantes farmacêuticos, previsto na Lei de Redução da Inflação. Os medicamentos contemplados incluem tratamentos para câncer, diabetes, asma e doenças cardiovasculares, com economia estimada de 1,5 bilhão de dólares para os beneficiários no ano. O governo também anunciou o modelo BALANCE, voltado à expansão do acesso a medicamentos para obesidade da classe GLP-1 no Medicaid e no Medicare, mediante negociação de preços com fabricantes [14].

Perspectivas e Desafios

O cenário atual coloca em tensão visões distintas sobre o papel dos Estados Unidos na saúde, tanto internamente quanto no plano global. No campo doméstico, o aumento dos prêmios e as restrições ao Medicaid são apresentados por seus defensores como ajustes necessários à sustentabilidade fiscal de longo prazo e à redução da dependência de programas federais. Críticos, porém, alertam para o risco concreto de ampliar o número de norte-americanos sem cobertura — projetado em até 7,5 milhões de pessoas a mais até 2034 — e de aprofundar desigualdades estruturais no acesso a cuidados, especialmente entre populações de baixa renda, minorias étnicas e residentes em áreas rurais. No campo internacional, a reorientação busca maior foco, eficiência e responsabilidade compartilhada, evitando o que a estratégia oficial descreve como "dependência crônica" de assistência externa [5].

Evidências históricas de retiradas abruptas de financiamento apontam para riscos concretos quando transições ocorrem sem planejamento gradual e coordenado. O caso da Romênia, onde a saída repentina do Fundo Global em 2010 resultou em uma explosão da prevalência do HIV entre usuários de drogas — de 1,1% para 53% em apenas três anos —, é frequentemente citado como alerta [15]. O mês de abril de 2026 — prazo previsto para o início da implementação dos acordos bilaterais — será um período crítico de observação. A capacidade dos Estados Unidos de honrar compromissos em HIV/AIDS, tuberculose, malária e saúde materna, ao mesmo tempo em que reconfigura profundamente seu sistema de saúde doméstico, determinará, em larga medida, o impacto real dessas transformações sobre as populações mais vulneráveis, dentro e fora do país. O mundo acompanha com atenção uma virada histórica na geopolítica da saúde global.

Referências

[1] *CDC/HHS (fev. 2026).* HHS Fact Sheet: U.S. Withdrawal from the World Health Organization

[2] *U.S. News & World Report (fev. 2026).* The U.S. Has Exited the World Health Organization. Here's What That Means for the Country and the World

[3] *UN News (fev. 2026).* Global health systems 'at risk' as funding cuts bite, warns WHO

[4] *U.S. Department of State (fev. 2026).* Bolstering Infectious Disease Outbreak Prevention and Response in Niger and the Dominican Republic

[5] *Center for Global Development (2026).* Unpacking the US's New Global Health Strategy: Retreating When We Could Be Winning

[6] *Think Global Health (2025/2026).* Questions for the America First Global Health Strategy

[7] *PMC / NCBI (2025).* US divestment in global health: disruption, uncertainty and response

[8] *Think Global Health (fev. 2026).* What $50 Billion for U.S. Foreign Affairs Changes for Global Health

[9] *Medicare Rights Center (fev. 2026).* Federal Health Care Funding in Place for 2026

[10] *The Century Foundation (2025).* It's Official: Americans Will Pay Much More for All Types of Health Coverage in 2026

[11] *Newsweek (dez. 2025).* 2026 Changes to Medicare & Medicaid

[12] *KFF (jan. 2026).* Medicaid: What to Watch in 2026

[13] *Committee for a Responsible Federal Budget (fev. 2026).* CBO Projects High Federal Health Program Costs

[14] *AARP (2026).* What Changes Are Coming to Medicare in 2026?

[15] *Brookings Institution (2025).* Navigating US global health aid cuts: What can past donor exits teach us?

[16] *KFF (atualizado fev. 2026).* KFF Tracker: America First MOU Bilateral Global Health Agreements

[17] *Science (2025).* Trump has blown a massive hole in global health funding