Entre emergências e reformas: os desafios da governança global da saúde em tempos de incerteza

Entre emergencias y reformas: los retos de la gobernanza sanitaria mundial en tiempos de incertidumbre

Between emergencies and reforms: the challenges of global health governance in times of uncertainty

Paula Reges, Luana Bermudez e Luiz Augusto Galvão

Resumo. A 79ª Assembleia Mundial da Saúde ocorreu em um contexto marcado por restrições financeiras, fragmentação da cooperação internacional e crescente contestação das estruturas tradicionais da governança global da saúde. Este artigo analisa três debates centrais que emergiram durante a Assembleia: a resposta ao surto de Ebola Bundibugyo na República Democrática do Congo, a aprovação do novo Plano Global de Resistência Antimicrobiana (2026–2036) e o lançamento do processo de Reforma da Arquitetura Global da Saúde. Em conjunto, esses temas evidenciam desafios estruturais relacionados à preparação para emergências, ao financiamento sustentável, à transferência de tecnologia, à soberania sanitária e à distribuição de poder no sistema internacional. Enquanto o Ebola expõe vulnerabilidades persistentes em contextos de conflito e fragilidade institucional, a resistência antimicrobiana revela tensões entre inovação, acesso e equidade. Já o debate sobre a reforma da arquitetura global sugere que os principais desafios da saúde global contemporânea transcendem questões organizacionais e envolvem disputas mais profundas sobre poder, conhecimento, financiamento e capacidade de decisão.

Palavras-chave: 79ª Assembleia Mundial da Saúde; surto de Ebola Bundibugyo; Plano Global de Resistência Antimicrobiana; Reforma da Arquitetura Global da Saúde.

Resumen: *La 79.ª Asamblea Mundial de la Salud se celebró en un contexto marcado por las limitaciones financieras, la fragmentación de la cooperación internacional y los crecientes desafíos a las estructuras tradicionales de la gobernanza sanitaria mundial. Este artículo analiza tres debates centrales surgidos durante la Asamblea: la respuesta al brote de ébola de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, la aprobación del nuevo Plan Mundial contra la Resistencia a los Antimicrobianos (2026-2036) y el inicio del proceso de reforma de la arquitectura sanitaria mundial. En conjunto, estos temas ponen de relieve los desafíos estructurales relacionados con la preparación ante emergencias, la financiación sostenible, la transferencia de tecnología, la soberanía sanitaria y la distribución del poder en el sistema internacional. Si bien el ébola expone las persistentes vulnerabilidades en contextos de conflicto y fragilidad institucional, la resistencia a los antimicrobianos revela tensiones entre innovación, acceso y equidad. El debate sobre la reforma de la arquitectura sanitaria mundial sugiere que los principales desafíos de la salud mundial contemporánea trascienden las cuestiones organizativas e implican disputas más profundas sobre el poder, el conocimiento, la financiación y la capacidad de toma de decisiones.*

Palabras clave: *79.ª Asamblea Mundial de la Salud; brote de ébola de Bundibugyo; Plan Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos; reforma de la arquitectura sanitaria mundial.*

Abstract. *The 79th World Health Assembly took place in a context marked by financial constraints, fragmentation of international cooperation, and increasing challenges to the traditional structures of global health governance. This article analyzes three central debates that emerged during the Assembly: the response to the Bundibugyo Ebola outbreak in the Democratic Republic of Congo, the approval of the new Global Antimicrobial Resistance Plan (2026–2036), and the launch of the Global Health Architecture Reform process. Together, these themes highlight structural challenges related to emergency preparedness, sustainable financing, technology transfer, health sovereignty, and the distribution of power in the international system. While Ebola exposes persistent vulnerabilities in contexts of conflict and institutional fragility, antimicrobial resistance reveals tensions between innovation, access, and equity. The debate on global architecture reform suggests that the main challenges of contemporary global health transcend organizational issues and involve deeper disputes over power, knowledge, financing, and decision-making capacity.*

Keywords: *79th World Health Assembly; Bundibugyo Ebola outbreak; Global Antimicrobial Resistance Plan; Reform of the Global Health Architecture.*

Ebola: uma emergência que expõe os limites da preparação global

A declaração da doença pelo vírus Ebola (cepa Bundibugyo) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 17 de maio de 2026 (1), representa mais do que o reconhecimento formal da gravidade epidemiológica do surto em curso na República Democrática do Congo (RDC) e em Uganda A decisão evidencia as dificuldades persistentes da comunidade internacional em responder de forma rápida e coordenada a emergências sanitárias que se desenvolvem em contextos marcados por fragilidade institucional, conflitos armados prolongados e profundas desigualdades no acesso a serviços de saúde.

Embora as semanas subsequentes à declaração tenham sido acompanhadas por uma redução significativa no número de casos suspeitos, o que é resultado principalmente da ampliação da capacidade laboratorial e da eliminação de um grande passivo de notificações pendentes; os dados não indicam necessariamente uma reversão definitiva da epidemia. Inicialmente estimado em mais de mil casos suspeitos, o surto teve suas projeções revisadas após a testagem sistemática de amostras acumuladas na província de Ituri, epicentro da transmissão. Ainda assim, centenas de casos confirmados e dezenas de óbitos permanecem distribuídos entre Ituri, Kivu do Norte e Kivu do Sul, além de registros de disseminação internacional para Uganda e outros países, confirmando o potencial transfronteiriço do evento.

A evolução recente do surto revela um desafio recorrente na governança global da saúde: a dificuldade de distinguir entre melhora epidemiológica real e melhoria da vigilância. A redução dos números decorreu, em grande medida, do refinamento diagnóstico e da ampliação da capacidade de testagem, e não necessariamente da interrupção das cadeias de transmissão. Esse aspecto reforça a importância dos sistemas de vigilância epidemiológica como componente central da preparação e resposta a emergências sanitárias, especialmente em regiões onde doenças endêmicas, como malária, compartilham sinais e sintomas com enfermidades de alta letalidade.

O lançamento de um plano continental conjunto entre a OMS e os Centros Africanos de Controle e Prevenção de Doenças (Africa CDC) (2) constitui um marco relevante na coordenação regional da resposta. Estruturado em onze pilares estratégicos e com orçamento estimado em US$ 518 milhões, o plano adota o princípio de "uma resposta" ("One Response"), buscando alinhar ações de vigilância, diagnóstico, assistência clínica, prevenção e controle de infecções, engajamento comunitário e coordenação operacional sob liderança dos países afetados. A iniciativa também reflete o fortalecimento gradual das capacidades africanas de governança sanitária e a crescente centralidade do Africa CDC como ator político e técnico na arquitetura global da saúde.

No entanto, o surto também evidencia os limites da preparação global quando confrontada com sistemas de saúde estruturalmente fragilizados. Avaliações realizadas nos mais de 800 estabelecimentos de saúde da área afetada identificaram níveis extremamente baixos de capacidade para prevenção e controle de infecções, variando entre 3% e 7%, muito distantes do patamar considerado necessário para conter a transmissão do Ebola. A infecção de dezenas de profissionais de saúde durante as primeiras semanas da resposta demonstra como a ausência de infraestrutura básica, equipamentos de proteção individual e treinamento adequado continua sendo um dos principais fatores de amplificação de surtos em contextos vulneráveis.

Outro elemento que merece destaque é a interação entre emergência sanitária e conflito armado. A província de Ituri e regiões vizinhas enfrentam anos de violência, deslocamentos populacionais e instabilidade política, fatores que dificultam o rastreamento de contatos, comprometem o acesso aos serviços de saúde e reduzem a confiança das comunidades nas autoridades sanitárias. A persistência de narrativas de desinformação e negação da doença, identificadas pelas equipes de resposta no terreno, demonstra que a contenção do Ebola depende não apenas de intervenções biomédicas, mas também da construção de legitimidade institucional e confiança social.

O caso atual também expõe desafios relacionados à inovação e ao acesso a tecnologias médicas. Diferentemente do Ebola Zaire, para o qual já existem vacinas e tratamentos aprovados, a variante Bundibugyo permanece relativamente negligenciada pela pesquisa e desenvolvimento globais. Descoberta há menos de duas décadas e responsável por poucos surtos documentados, essa cepa ainda não dispõe de contramedidas médicas especificamente aprovadas. Embora candidatos terapêuticos e vacinais estejam sendo mobilizados em caráter emergencial, a situação evidencia uma lacuna recorrente nos modelos atuais de inovação em saúde: doenças consideradas de interesse limitado para mercados globais frequentemente permanecem subinvestidas até o momento em que se transformam em ameaças internacionais.

Por fim, a questão do financiamento continua sendo um dos pontos mais sensíveis da resposta. Apesar dos anúncios de centenas de milhões de dólares em compromissos financeiros por parte de governos e parceiros internacionais, autoridades da OMS e do Africa CDC alertaram para a discrepância entre recursos prometidos e recursos efetivamente desembolsados. A dificuldade em transformar promessas em financiamento operacional imediato compromete a velocidade da resposta justamente durante a fase mais crítica do surto. Esse cenário reforça debates cada vez mais presentes na agenda da saúde global sobre mecanismos sustentáveis de financiamento para emergências, previsibilidade de recursos e responsabilização dos doadores.

Em síntese, o surto de Ebola Bundibugyo na RDC ilustra de forma emblemática os desafios contemporâneos da preparação e resposta a emergências sanitárias. A declaração de ESPII mobilizou atenção política internacional e fortaleceu mecanismos de coordenação

regional, mas também revelou vulnerabilidades persistentes relacionadas a sistemas de saúde frágeis, conflitos armados, desinformação, lacunas em pesquisa e desenvolvimento e insuficiência de financiamento. Mais do que uma crise epidemiológica localizada, trata-se de um teste para a capacidade da arquitetura global da saúde de traduzir os compromissos assumidos após a pandemia de COVID-19 em respostas efetivas, equitativas e sustentáveis diante de novas ameaças.

Reforma da Arquitetura Global da Saúde: estamos discutindo instituições ou relações de poder?

Entre as decisões mais comentadas da 79ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), a aprovação do processo de Reforma da Arquitetura Global da Saúde (Global Health Architecture Reform) foi apresentada por diversos atores como uma oportunidade histórica para repensar a governança da saúde em um contexto marcado pela retração do financiamento internacional, pela fragmentação institucional e pelo enfraquecimento do multilateralismo (3). No entanto, uma análise mais cuidadosa sugere que a questão central talvez não seja apenas como reformar a arquitetura existente, mas se o próprio conceito de "arquitetura" é suficiente para explicar os desafios que a governança global da saúde enfrenta atualmente.Entre as decisões mais comentadas da 79ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), a aprovação do processo de Reforma da Arquitetura Global da Saúde (Global Health Architecture Reform) foi apresentada por diversos atores como uma oportunidade histórica para repensar a governança da saúde em um contexto marcado pela retração do financiamento internacional, pela fragmentação institucional e pelo enfraquecimento do multilateralismo (3). No entanto, uma análise mais cuidadosa sugere que a questão central talvez não seja apenas como reformar a arquitetura existente, mas se o próprio conceito de "arquitetura" é suficiente para explicar os desafios que a governança global da saúde enfrenta atualmente.

A narrativa predominante em torno da reforma enfatiza conceitos como coordenação, eficiência, alinhamento institucional e racionalização de recursos. A proposta aprovada pela Assembleia busca fortalecer a cooperação entre organismos internacionais, melhorar a articulação entre mandatos e promover maior alinhamento entre financiamento global e prioridades nacionais. Em um cenário de crescente escassez de recursos, tais objetivos parecem razoáveis e até inevitáveis.

Entretanto, o mandato efetivamente aprovado revela limites importantes. O processo não poderá recomendar fusões entre organizações, revisões de mandatos institucionais ou mudanças estruturais profundas nas funções atualmente desempenhadas por diferentes organismos multilaterais. Em outras palavras, a reforma parte da premissa de que os problemas da governança global da saúde decorrem principalmente de déficits de coordenação e não de questões mais profundas relacionadas à distribuição de poder, recursos e capacidade de influência.

Essa distinção é fundamental. Ao longo das últimas décadas, a chamada "arquitetura global da saúde" tornou-se um mosaico de instituições, fundos, alianças e iniciativas criadas em momentos históricos distintos para responder a prioridades específicas. Organizações como Gavi, Fundo Global, CEPI, Unitaid, UNAIDS e, mais recentemente, o Fundo Pandêmico, surgiram para preencher lacunas percebidas ou atender a interesses políticos específicos de determinados grupos de países e financiadores. O resultado não foi exatamente uma arquitetura planejada, mas um ecossistema complexo e frequentemente competitivo, no qual diferentes instituições disputam recursos, legitimidade e influência.

Sob essa perspectiva, talvez seja mais adequado falar em uma estrutura de poder do que propriamente em uma arquitetura. A questão central deixa de ser como coordenar melhor as organizações existentes e passa a ser quem define prioridades, quem controla recursos, quem produz conhecimento e quem estabelece as regras que orientam a ação coletiva em saúde global.

Essa reflexão ganhou relevância particular durante os debates da Assembleia. Países do Sul Global demonstraram preocupação com a possibilidade de que a reforma se traduza apenas em maior eficiência administrativa para os financiadores tradicionais, sem alterar as assimetrias históricas que caracterizam a governança global da saúde. Delegações africanas, asiáticas e latino-americanas insistiram na necessidade de fortalecer a autonomia dos países, garantir financiamento sustentável e ampliar a capacidade de definição nacional de prioridades.

Essas preocupações não são meramente procedimentais. Elas refletem transformações mais amplas na geopolítica da saúde. A crescente contestação das estruturas tradicionais de governança internacional, o fortalecimento de instituições regionais, a expansão das capacidades produtivas no Sul Global e a própria negociação do Acordo Pandêmico demonstram que a disputa contemporânea não se limita à gestão de programas ou recursos, mas envolve a redistribuição de influência dentro do sistema internacional.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde ocupa uma posição singular. Diferentemente de muitas das instituições que compõem o ecossistema da saúde global, a OMS possui autoridade normativa e capacidade formal para negociar instrumentos jurídicos internacionais vinculantes. O Regulamento Sanitário Internacional e a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco são exemplos dessa prerrogativa. Mais recentemente, as negociações do Acordo Pandêmico evidenciaram tanto o potencial quanto os limites dessa função normativa.

Por isso, emerge uma questão relevante para o futuro da reforma: fortalecer a arquitetura global da saúde significa fortalecer a OMS ou diluir ainda mais sua centralidade em um sistema cada vez mais fragmentado? A resposta permanece em aberto. Embora a reforma enfatize a coordenação entre instituições, pouco se discute sobre as razões que levaram à proliferação de mecanismos paralelos ao longo das últimas décadas. Muitas dessas iniciativas foram criadas justamente porque determinados atores consideravam a OMS excessivamente política, lenta ou independente para seus interesses.

Outro aspecto pouco abordado diz respeito à produção de conhecimento. O poder na saúde global não se manifesta apenas por meio do financiamento ou da capacidade produtiva, mas também pela definição do que constitui evidência legítima, quais problemas merecem atenção prioritária e quais soluções são consideradas viáveis. A concentração da pesquisa, dos sistemas de vigilância e da produção de dados em instituições sediadas em países de alta renda continua influenciando significativamente as agendas globais. Nesse sentido, debates sobre soberania de dados, capacidades científicas regionais e produção de conhecimento no Sul Global tornam-se cada vez mais centrais para qualquer proposta de reforma substantiva.

As críticas da sociedade civil também reforçam essa dimensão política. A exclusão de organizações sociais do núcleo decisório da força-tarefa encarregada da reforma foi interpretada por diversos grupos como um sinal de que o processo pode privilegiar negociações intergovernamentais e institucionais em detrimento da participação dos atores diretamente afetados pelas decisões. A questão não é apenas quem participa das consultas, mas quem efetivamente influencia os rumos da reforma.

Dessa forma, a principal contribuição do debate iniciado na 79ª AMS talvez não seja a reforma em si, mas a oportunidade de explicitar uma questão frequentemente obscurecida pela linguagem técnica da governança global: a saúde global é, em última instância, um campo de disputa política. Conceitos como coordenação, eficiência e alinhamento institucional são importantes, mas insuficientes para compreender os desafios atuais. O debate sobre a chamada arquitetura global da saúde é, fundamentalmente, um debate sobre poder (4), quem o exerce, quem o perde e quem busca redefinir as regras de sua distribuição em um cenário internacional em rápida transformação.

Se a reforma pretende produzir mudanças significativas, precisará ir além da reorganização de processos e estruturas. Será necessário enfrentar questões relacionadas ao financiamento, à soberania tecnológica, à produção de conhecimento, à capacidade regulatória e à autonomia dos países na definição de suas prioridades sanitárias. Caso contrário, corre-se o risco de que a reforma da arquitetura global da saúde produza maior coordenação administrativa, mas deixe intocadas as estruturas que continuam reproduzindo as desigualdades que a própria governança global afirma combater.Se a reforma pretende produzir mudanças significativas, precisará ir além da reorganização de processos e estruturas. Será necessário enfrentar questões relacionadas ao financiamento, à soberania tecnológica, à produção de conhecimento, à capacidade regulatória e à autonomia dos países na definição de suas prioridades sanitárias. Caso contrário, corre-se o risco de que a reforma da arquitetura global da saúde produza maior coordenação administrativa, mas deixe intocadas as estruturas que continuam reproduzindo as desigualdades que a própria governança global afirma combater.

Resistência Antimicrobiana na 79ª Assembleia Mundial da Saúde: entre a prevenção, a soberania tecnológica e as desigualdades globais

Entre os resultados mais relevantes da 79ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), realizada em maio de 2026, destaca-se a aprovação do novo Plano de Ação Global sobre Resistência Antimicrobiana (RAM) para o período 2026–2036 (5). A adoção do documento encerrou meses de intensas negociações políticas e revelou, mais uma vez, que a resistência antimicrobiana deixou de ser apenas um desafio técnico da saúde pública para se consolidar como uma questão estratégica de desenvolvimento, segurança sanitária, soberania tecnológica e governança global.

A aprovação do plano ocorre em um contexto particularmente preocupante. Atualmente, a resistência antimicrobiana está associada a cerca de cinco milhões de mortes anuais em todo o mundo, das quais mais de um milhão são diretamente atribuídas a infecções bacterianas resistentes. As projeções indicam que, sem intervenções efetivas, a RAM poderá causar dezenas de milhões de mortes adicionais até meados do século e gerar impactos econômicos equivalentes a centenas de bilhões de dólares em perdas de produtividade. Diferentemente da percepção predominante há uma década, quando o tema era frequentemente tratado como uma ameaça futura, a discussão na Assembleia evidenciou um consenso crescente de que a crise já está em curso e afeta de maneira desproporcional os países de baixa e média renda.

O novo plano representa também uma mudança paradigmática na abordagem internacional do problema. Enquanto a estratégia anterior, adotada em 2015, depositava grande expectativa no desenvolvimento de novos antimicrobianos, a versão aprovada em 2026 desloca o foco para a prevenção. O documento reconhece que a inovação farmacêutica, embora necessária, não será suficiente para conter a expansão da resistência se não forem enfrentados

os determinantes estruturais que favorecem o surgimento e a disseminação de microrganismos resistentes.

Nesse sentido, o conceito de One Health emerge como eixo organizador da nova estratégia. O fortalecimento da prevenção e controle de infecções, a ampliação da cobertura vacinal, a melhoria dos sistemas de água, saneamento e higiene, a redução da poluição ambiental associada à produção farmacêutica e o uso racional de antimicrobianos nos setores humano, animal e agrícola passam a ocupar posição central. Trata-se de uma mudança relevante porque reconhece que a resistência antimicrobiana não é apenas consequência do uso inadequado de medicamentos, mas resultado de processos econômicos, ambientais e produtivos que ultrapassam os limites tradicionais dos sistemas de saúde.

Contudo, embora o novo plano represente um avanço conceitual importante, sua implementação enfrenta desafios estruturais significativos. Um dos mais evidentes é a persistente lacuna de financiamento. Apesar da crescente visibilidade política da resistência antimicrobiana, apenas uma pequena parcela dos países dispõe de recursos domésticos específicos para executar seus planos nacionais. A distância entre compromissos políticos globais e capacidades reais de implementação permanece um dos principais obstáculos para transformar metas internacionais em resultados concretos.

Além disso, as negociações revelaram que a disputa sobre acesso a tecnologias em saúde continua sendo um dos temas mais sensíveis da governança global. O principal impasse para a aprovação do plano envolveu a redação relativa à transferência de tecnologias relacionadas à RAM, incluindo conhecimentos produtivos, dados e propriedade intelectual necessários para o desenvolvimento e fabricação de novos antimicrobianos e ferramentas diagnósticas.

Brasil, Colômbia e Indonésia lideraram a oposição a uma formulação que limitava a transferência tecnológica a mecanismos exclusivamente "voluntários e mutuamente acordados". Para esses países, tal redação poderia enfraquecer instrumentos previstos no regime internacional de propriedade intelectual, como as licenças compulsórias, e consolidar interpretações restritivas incompatíveis com as necessidades de saúde pública dos países em desenvolvimento. O texto final aprovado adotou uma formulação mais flexível, preservando referências às normas nacionais e internacionais aplicáveis e mantendo espaço para diferentes mecanismos de acesso em situações de interesse público.

A controvérsia extrapola o campo da resistência antimicrobiana e reflete uma tensão mais ampla que atravessa atualmente a arquitetura da saúde global. O mesmo debate está presente nas negociações do anexo de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios (PABS) do Acordo Pandêmico da OMS e reproduz divergências estruturais entre países que concentram capacidades tecnológicas e produtivas e aqueles que buscam ampliar sua autonomia sanitária. Nesse contexto, a posição brasileira reafirma uma agenda histórica em defesa da transferência efetiva de tecnologia, da produção local e da redução das assimetrias globais no acesso a bens essenciais para a saúde.

Outro aspecto que merece atenção é a limitada incorporação da dimensão dos conflitos armados na nova estratégia. Embora reconheça genericamente a vulnerabilidade de contextos humanitários, o plano não estabelece orientações específicas para territórios afetados por guerras e crises prolongadas. A ausência é particularmente relevante diante do aumento de conflitos em diferentes regiões do mundo e das evidências de que sistemas de saúde colapsados, deslocamentos populacionais em massa, interrupções de cadeias de suprimentos e deterioração

das condições de saneamento constituem ambientes propícios para a expansão da resistência antimicrobiana. As intervenções de países como Sudão e Ucrânia durante a Assembleia evidenciaram essa lacuna e apontaram para a necessidade de abordagens mais específicas em futuras revisões.

A discussão sobre resistência antimicrobiana também convergiu com outro tema estratégico da Assembleia: a circulação de medicamentos falsificados e de qualidade subpadrão. A relação entre os dois fenômenos é direta. Produtos contendo doses insuficientes de princípios ativos favorecem a sobrevivência e seleção de microrganismos resistentes, acelerando processos que os esforços globais de contenção buscam justamente evitar. A elevada incidência desses produtos em países de baixa e média renda demonstra que a resistência antimicrobiana não pode ser enfrentada apenas por meio de políticas clínicas ou laboratoriais, exigindo igualmente o fortalecimento das capacidades regulatórias, da vigilância sanitária e da integridade das cadeias globais de suprimento farmacêutico.

Em última análise, a aprovação do novo Plano Global de Resistência Antimicrobiana simboliza tanto os avanços quanto as limitações da atual governança da saúde global. O consenso alcançado em torno da prevenção e da abordagem One Health demonstra maturidade crescente na compreensão do problema. Entretanto, as disputas sobre financiamento, transferência de tecnologia, propriedade intelectual e equidade revelam que os obstáculos centrais permanecem menos relacionados ao conhecimento científico disponível e mais vinculados às estruturas políticas e econômicas que moldam o acesso a tecnologias e capacidades produtivas. A trajetória da resistência antimicrobiana nos próximos anos dependerá, portanto, não apenas da implementação de medidas técnicas, mas da capacidade da comunidade internacional de enfrentar as profundas assimetrias que continuam caracterizando o sistema global de saúde.

Clima e saúde na 79ª Assembleia Mundial da Saúde

Na 79ª Assembleia Mundial da Saúde foi realizada em Genebra, a relação entre saúde e mudanças climáticas ocupou espaço estratégico na agenda. Um dos destaques foi a participação do Brasil: o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, apresentou o Plano de Ação de Saúde de Belém, lançado durante a COP30 em 2025. O plano é um instrumento voltado para a adaptação e a resiliência do setor de saúde frente aos desafios impostos pelas mudanças climáticas, sendo endossado por 33 países e apoiado por 50 organizações. O Plano também busca garantir a continuidade das ações de clima e saúde na transição para a COP31, que será realizada na Turquia e que terá saúde como de suas prioridades.

Além disso, a assembleia serviu como espaço de articulação para a COP31, reforçando a necessidade de uma abordagem integrada entre políticas ambientais e de saúde. O Brasil liderou eventos sobre a transição climática e o combate a arboviroses.

De forma mais ampla, entre os temas de destaque estiveram a correlação entre mudança climática e surtos de doenças, saúde materna e neonatal, doenças crônicas não transmissíveis e avanços em Cobertura Universal de Saúde.

Referências

World Health Organization. Epidemic of Ebola Disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern [Internet]. Disponível em: https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-

the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern. Acesso em 06 jun. 2026

World Health Organization. Africa CDC and WHO launch joint continental Ebola response plan [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2026. Disponível em: https://www.who.int/news/item/05-06-2026-africa-cdc-and-who-launch-joint-continental-ebola-response-plan. Acesso em 07 jun. 2026.

Health Policy Watch. WHA Advances Global Health Architecture Reform Amidst Questions About Where Process Will Really Lead - Health Policy Watch [Internet]. Health Policy Watch. Disponível em https://healthpolicy-watch.news/wha-global-health-architecture-reform/. Acesso em 07 jun. 2026.

World Health Summit. Disponível em: https://www.worldhealthsummit.org/whs-perspectives/ilona-kickbusch-it-s-about-power-not-architecture. Acesso em 07 jun. 2026

Health Policy Watch. WHA Member States Approve Antimicrobial Resistance Strategy After Resolving Tech Transfer Debate - Health Policy Watch. Disponível em: https://healthpolicy-watch.news/wha-member-states-approve-who-antimicrobial-resistance-strategy-after-resolving-tech-transfer-debate/. Acesso em 07 jun. 2026.