Entre a Reforma e a Influência: a Estratégia Europeia para a Saúde Global

Entre la Reforma y la Influencia: la Estrategia Europea para la Salud Global

Between Reform and Influence: The European Strategy for Global Health

Ana Helena Gigliotti de Luna Freire

Resumo: No informe Europa, Freire analisa a posição da União Europeia (UE) diante da reforma da arquitetura global de saúde, com foco no papel da OMS. A análise mostra que a UE defende a preservação do sistema multilateral e da OMS como principal instituição de governança sanitária global, mas considera necessária uma reorganização que torne o sistema mais eficiente, coordenado, transparente e financeiramente sustentável. Um dos principais pontos defendidos pelos europeus é a redução da fragmentação da arquitetura global de saúde. A UE pretende diminuir sobreposições entre organizações e iniciativas, racionalizar custos e melhorar a coordenação entre instituições como a OMS, Gavi, Fundo Global, Banco Mundial e outras iniciativas internacionais. Nesse modelo, a OMS deveria concentrar-se principalmente em funções normativas, regulatórias, produção de evidências, definição de padrões e coordenação. O financiamento aparece como outro grande desafio: a dependência da OMS de contribuições voluntárias e direcionadas limita sua autonomia e previsibilidade financeira. Por isso, a UE defende mecanismos de financiamento mais sustentáveis e previsíveis. Outro aspecto importante é a dimensão geopolítica da reforma. A UE pretende fortalecer sua posição nas cadeias globais de medicamentos e vacinas, ampliar a produção regional, diversificar fornecedores e fortalecer capacidades regulatórias e industriais, especialmente na África. O fortalecimento de instituições africanas, como a União Africana e o Africa CDC, é apresentado como parte dessa estratégia. Em síntese, a UE busca reformar a arquitetura global de saúde sem desestruturá-la. Sua estratégia procura fortalecer a OMS, reduzir a fragmentação, aumentar a eficiência e a sustentabilidade financeira, ampliar a participação dos países em desenvolvimento e, simultaneamente, preservar e ampliar a capacidade europeia de influência na governança global da saúde.

Palavras-chave: União Europeia; OMS; Arquitetura da Saúde Global.

Resumen: *En el Informe Europa, Freire analiza la posición de la Unión Europea (UE) ante la reforma de la arquitectura mundial de la salud, con especial atención al papel de la OMS. El análisis muestra que la UE defiende la preservación del sistema multilateral y de la OMS como principal institución de gobernanza sanitaria mundial, pero considera necesaria una reorganización que haga que el sistema sea más eficiente, coordinado, transparente y financieramente sostenible. Uno de los principales puntos defendidos por los países europeos es la reducción de la fragmentación de la arquitectura mundial de la salud. La UE pretende reducir las superposiciones entre organizaciones e iniciativas, racionalizar los costos y mejorar la coordinación entre instituciones como la OMS, Gavi, el Fondo Mundial, el Banco Mundial y otras iniciativas internacionales. En este modelo, la OMS debería centrarse principalmente en funciones normativas y regulatorias, la producción de evidencia, el establecimiento de*

estándares y la coordinación. La financiación constituye otro gran desafío: la dependencia de la OMS de contribuciones voluntarias y destinadas a fines específicos limita su autonomía y previsibilidad financiera. Por ello, la UE defiende mecanismos de financiación más sostenibles y previsibles. Otro aspecto importante es la dimensión geopolítica de la reforma. La UE pretende fortalecer su posición en las cadenas mundiales de suministro de medicamentos y vacunas, ampliar la producción regional, diversificar proveedores y fortalecer las capacidades regulatorias e industriales, especialmente en África. El fortalecimiento de instituciones africanas, como la Unión Africana y Africa CDC, se presenta como parte de esta estrategia. En síntesis, la UE busca reformar la arquitectura mundial de la salud sin desestructurarla. Su estrategia procura fortalecer la OMS, reducir la fragmentación, aumentar la eficiencia y la sostenibilidad financiera, ampliar la participación de los países en desarrollo y, al mismo tiempo, preservar y ampliar la capacidad europea de influencia en la gobernanza mundial de la salud.

Palabras clave: *Unión Europea; OMS; Arquitectura de la salud global.*

Abstract: *In the Europe Report, Freire analyzes the position of the European Union (EU) regarding the reform of the global health architecture, with a focus on the role of the WHO. The analysis shows that the EU advocates preserving the multilateral system and the WHO as the main institution of global health governance, while considering a reorganization necessary to make the system more efficient, coordinated, transparent, and financially sustainable. One of the main points advocated by European countries is the reduction of fragmentation within the global health architecture. The EU seeks to reduce overlaps among organizations and initiatives, rationalize costs, and improve coordination among institutions such as the WHO, Gavi, the Global Fund, the World Bank, and other international initiatives. Under this model, the WHO should focus primarily on normative and regulatory functions, evidence generation, standard-setting, and coordination. Financing is another major challenge: the WHO's dependence on voluntary and earmarked contributions limits its autonomy and financial predictability. For this reason, the EU advocates more sustainable and predictable financing mechanisms. Another important aspect is the geopolitical dimension of the reform. The EU seeks to strengthen its position in global medicine and vaccine supply chains, expand regional production, diversify suppliers, and strengthen regulatory and industrial capacities, particularly in Africa. Strengthening African institutions, such as the African Union and Africa CDC, is presented as part of this strategy. In summary, the EU seeks to reform the global health architecture without destabilizing it. Its strategy aims to strengthen the WHO, reduce fragmentation, increase efficiency and financial sustainability, expand the participation of developing countries, and, at the same time, preserve and enhance Europe's capacity to influence global health governance.*

Keywords: *European Union; WHO; Global Health Architecture.*

O informe Europa desta quinzena se dedica a apreciar as posições de países europeus frente à proposta de reforma da arquitetura da governança global em saúde, mais especificamente da Organização Mundial da Saúde, nossa tão conhecida OMS. A "arquitetura global de saúde" compreende as instituições, mecanismos de financiamento, estruturas de governança e parcerias que organizam a cooperação internacional em saúde. Esse sistema é

considerado excessivamente fragmentado pela UE e, há anos, recebe críticas dos países beneficiários por seus mecanismos de financiamento e pela limitada autonomia nacional[1].

A Europa foi um dos primeiros atores internacionais a pleitearem a reforma, ainda no contexto da pandemia da Covid-19, em 2020. À época, se ansiava por mais transparência na comunicação de crises de saúde emergentes por parte dos países-membros. A Alemanha liderou esse processo na Europa, elaborando um esboço de proposta de reforma depois de conversas com outros países-membros para tratar das deficiências da OMS no tocante a financiamento, governança e poderes legais.

O documento, exortava a OMS a adotar medidas que aumentariam a "transparência sobre o cumprimento nacional" das Regulações Internacionais de Saúde, que exigem que os países-membros compartilhem informações sobre emergências de saúde rapidamente. A Alemanha não só deu o primeiro passo, como atuou para que o processo tivesse celeridade e que uma reforma fosse seriamente debatida[2,3].

Foi a União Europeia, por intermédio de Charles Michel, então presidente do Conselho Europeu, que propôs, em novembro de 2020, a elaboração de um instrumento internacional sobre pandemias, por ocasião do Fórum da Paz de Paris. Em maio de 2025, os países da OMS adotaram o novo instrumento, com objetivo de proteger melhor as pessoas, as comunidades e os países contra futuras pandemias, melhorando a prevenção, a preparação e a resposta.

A reforma, no entanto, ainda está em curso dado que está pendente a negociação de um sistema de acesso e partilha dos benefícios relativamente a agentes patogénicos, que constituirá um anexo do acordo. Quando esse anexo for adotado, o acordo sobre pandemias estará aberto à assinatura e à ratificação por todos os países membros da OMS[4].

Além desta pendência para a conclusão da pretendida e necessária reforma, alguns ajustes precisam ser negociados. Como nos explica Lucia Marques, "para que o acordo saia do papel — garantindo equidade de insumos, transferência de tecnologia e acesso compartilhado a patógenos —, a OMS precisa de uma estrutura executiva interna mais ágil, transparente e imparcial. A própria implementação do tratado exige que a máquina burocrática da OMS se modernize"[5].

Um dos temas de maior importância dessa reforma é o financiamento. Atualmente, a Organização depende de doações (contribuições voluntárias), que muitas vezes são direcionadas a projetos específicos, o que compromete a independência de atuação. A retirada dos EUA da Organização contribuiu para aumentar este problema. Assim, esta pauta, que já era

---

1 https://static1.squarespace.com/static/625b44be83e612233a8077de/t/69a56944d1260a6f9fbb6f37/1772448068661/Reflection+Process+Global+Health+Architecture+Reform_Final+Report.pdf. Acesso em 14/09/2026.

2 https://www.terra.com.br/noticias/mundo/exclusivo-ue-pede-reforma-da-oms-e-novas-abordagens-para-pandemias,49656753b3a6ab84a58cb374d4289741n0whwxzf.html?utm_source=clipboard. Acesso em 14/09/2026.

3 https://exame.com/mundo/europa-pede-reforma-da-oms-e-novas-abordagens-para-pandemias/. Acesso em 14/09/2026.

4 https://www.consilium.europa.eu/pt/infographics/towards-an-international-treaty-on-pandemics/. Acesso em 14/09/2026.

5 https://cadernossaudeglobalfiocruz.net/csgf/article/view/523/478. Acesso em 14/09/2026.

relevante, se tornou urgente. É preciso uma mudança no sistema de financiamento da OMS para que ele seja perene e mais previsível. Hoje a agência opera com um orçamento bienal, o que pode prejudicar a independência da OMS, caso seja necessário arrecadar fundos de países doadores no meio de uma emergência.

Por ocasião da 79ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em maio de 2026 (WHA79), foi criada uma força-tarefa conjunta da OMS sobre a Reforma da Arquitetura Global da Saúde, com ativa participação da União Europeia.

A força-tarefa congrega 25 membros: China e Alemanha, compartilhando a copresidência; 12 Estados-membros da OMS: Brasil, México, França, Reino Unido, Japão, Malásia, Tailândia, Butão, Paquistão, Kwait, Burundi e Etiópia; 5 membros de Iniciativas Globais de Saúde: Cepi, Gavi, Fundo Global, Fundo Pandêmico e Unitaid; 3 entidades das Nações Unidas: Unicef, Unfpa e a própria OMS; e 1 representante das instituições financeiras, que é o Banco Mundial. A força-tarefa deverá apresentar um relatório provisório em novembro de 2026, seguido de consultas antes da apresentação do relatório final à Assembleia Mundial da Saúde, em abril de 2027

Em declaração, a UE defende uma ampla inclusão, promovendo a participação de organizações da sociedade civil (OSCs) e de atores não estatais na força-tarefa de 25 membros, com o objetivo de aumentar sua legitimidade e aprofundar sua atuação. O bloco reafirma o papel da Organização como pedra angular do ecossistema global de saúde; insta a participação inclusiva, equitativa e transparente de todas as partes interessadas relevantes; e reconhece a necessidade de se preciso aumentar a eficácia, a eficiência e o impacto para continuar a melhorar os resultados de saúde em todo o mundo , abordando as lacunas, minimizando a duplicação de esforços e aprimorando a coordenação.

O processo deve fortalecer a cooperação entre os atores da saúde, respeitando seus mecanismos de governança. Deve esclarecer os papéis e apoiar uma prestação de serviços mais eficiente, baseada em mandatos essenciais e vantagens comparativas. Além disso, deve promover o financiamento previsível e sustentável da saúde, necessário para a transição rumo à soberania em saúde.

O mesmo documento recomenda ao Secretariado que garanta que as recomendações reflitam consenso e que sejam viáveis e executáveis. Entendendo que a força-tarefa é órgão consultivo, e não deliberativo, no caso de ausência de consenso, a UE sugere que todas as opiniões devam ser relatadas de forma equitativa aos órgãos diretivos competentes, de forma a que se respeite o papel dos Estados-membros de tomadores de decisão finais na OMS e nos órgãos diretivos competentes dos respectivos atores.

O documento "EU and Like-Minded Donors' Reflection Process on Reform of the Global Health Architecture: Reform Ideas and Options[6]", finalizado em fevereiro de 2026, é particularmente relevante para entender como a União Europeia pretende se posicionar nas negociações sobre a reforma da arquitetura global de saúde. O processo foi encomendado pela Direção-Geral de Parcerias Internacionais da Comissão Europeia (DG INTPA) e envolveu 11

6 https://static1.squarespace.com/static/625b44be83e612233a8077de/t/69a56944d1260a6f9fbb6f37/1772448068661/Reflection+Process+Global+Health+Architecture+Reform_Final+Report.pdf. Acesso em 14/09/2026.

Estados-Membros da UE e 5 países alinhados, além de consultas a mais de 490 atores. O próprio relatório ressalva, entretanto, que suas conclusões não constituem necessariamente a posição oficial da Comissão Europeia.

A leitura do documento permite identificar uma estratégia europeia relativamente clara: preservar o multilateralismo e o papel central da OMS, mas tornar o sistema mais enxuto, coordenado, eficiente e orientado para a soberania dos países, ao mesmo tempo em que a UE procura utilizar seu peso financeiro, institucional e político para influenciar a reforma. A principal preocupação parece ser reformar sem desorganizar o sistema. A arquitetura atual é considerada fragmentada, sobreposta e excessivamente complexa, com muitos atores, mecanismos financeiros e iniciativas globais atuando simultaneamente. Ao mesmo tempo, o relatório rejeita uma ruptura abrupta. Há uma preocupação explícita em proteger programas que funcionam, especialmente:

- combate às doenças infecciosas;
- saúde materno-infantil;
- acesso a medicamentos essenciais;
- vigilância epidemiológica e alerta precoce;
- pesquisa e desenvolvimento para doenças negligenciadas;
- mecanismos de compras conjuntas.

Ou seja, a UE parece buscar uma "reforma com continuidade": racionalizar a arquitetura, mas evitar que a reforma provoque perda dos resultados obtidos nas últimas décadas.

Aqui temos o primeiro grande interesse europeu: fortalecer a OMS, concentrando-a em "funções essenciais", mais focada e eficiente, concentrada sobretudo em:

- normas e padrões internacionais;
- orientação normativa;
- definição de padrões regulatórios;
- prequalificação;
- produção e disseminação de evidências;
- coordenação e convocação dos atores.

A lógica é que a OMS deve recuperar sua vantagem comparativa, deixando funções de implementação, financiamento e aquisição de produtos para outros atores quando estes tiverem maior capacidade.

Esse ponto é importante politicamente: a UE quer preservar o papel central da OMS sem necessariamente ampliar indiscriminadamente suas atribuições. A reforma da OMS deve estar articulada também ao processo UN80 e abranger sua atuação global, regional e nacional

O segundo grande interesse, e talvez uma das discussões mais estratégicas do documento, é reduzir a fragmentação das grandes iniciativas globais de saúde. A UE e os países alinhados consideram que o ecossistema das *Global Health Initiatives (GHIs*) — incluindo organizações como Gavi e *Global Fund* — tornou-se excessivamente fragmentado. Não existe consenso entre os próprios países europeus sobre até onde ir: alguns demonstram interesse em uma consolidação radical; outros são mais cautelosos.

No entanto, existe consenso sobre a necessidade de:

- reduzir duplicações;
- diminuir custos administrativos;
- harmonizar critérios de elegibilidade;
- coordenar modelos de financiamento;
- alinhar estratégias de transição;
- aumentar a representação dos países implementadores nos conselhos das GHIs;
- transformar os compromissos da Agenda Lusaka em mudanças efetivas.

Cabe destacar que aumentar o retorno político e sanitário de seus recursos, reduzindo a dispersão de influência entre dezenas de instituições, é interesse estratégico da União Europeia. Aqui nasce um terceiro interesse da UE na reforma da arquitetura global de saúde: aumentar o papel de bancos multilaterais para aumentar sua própria influência. O documento atribui um papel muito maior ao Banco Mundial, FMI e bancos regionais de desenvolvimento na saúde global. A ideia é utilizar a influência dos países europeus nos conselhos dessas instituições para:

- aumentar investimentos em saúde;
- fortalecer atenção primária e cobertura universal;
- mobilizar financiamento privado;
- desenvolver financiamento misto (*blended finance*);
- financiar infraestrutura de cadeias de suprimentos;
- apoiar saúde digital;
- fortalecer sistemas de dados;
- financiar produção farmacêutica.

Há aqui uma mudança importante: a arquitetura de saúde não deve depender exclusivamente da ajuda oficial ao desenvolvimento (ODA/DAH). O relatório procura conectar saúde, desenvolvimento, financiamento, investimento e bancos multilaterais. Isso é particularmente relevante diante da previsão de queda acentuada da assistência internacional à saúde: o relatório estima que o financiamento externo para saúde possa cair para aproximadamente US$ 36,2 bilhões em 2030, cerca de 60% abaixo de 2023.

O relatório apresenta um ponto que pode guardar o aspecto conceitual mais importante da reforma: mudar a relação entre doadores e países em desenvolvimento. O relatório defende uma mudança de um modelo baseado em "*donor-driven health*" para um modelo *de country ownership, leadership and sovereignty*. A ideia central é: **um plano nacional de saúde, um orçamento nacional e um sistema de monitoramento**, com os diferentes financiadores alinhados a eles. O financiamento externo deveria ser:

- previsível;
- alinhado às prioridades nacionais;
- menos fragmentado;
- progressivamente catalítico;
- complementar ao financiamento doméstico.

Não é possível apresentar este ponto como um interesse europeu no processo de reforma. O relatório chega a propor que os países europeus apoiem os chamados *National Health Compacts* (Pactos Nacionais de Saúde, são planos de reforma de 5 anos, liderados por governos nacionais em parceria com organizações internacionais, para expandir o acesso a

serviços de saúde de qualidade), liderados pelo Banco Mundial e pela OMS, desde que estejam alinhados aos princípios europeus de soberania nacional, transparência e coordenação efetiva.

Neste ponto existe um dilema: a União Europeia até concorda com a propriedade pelos países, mas não renuncia às prestações de contas sobre o uso dos recursos. O próprio documento reconhece que uma verdadeira transferência de poder para países de baixa e média renda significaria, em alguma medida, reduzir o controle dos próprios doadores.

Outro claro interesse europeu é fortalecer a posição europeia nas cadeias globais de medicamentos e vacinas. Neste ponto, parecem convergir os interesses de saúde, economia e geopolítica europeias. O relatório apoia:

- produção regional de medicamentos e vacinas;
- resiliência das cadeias de suprimentos;
- compras conjuntas;
- diversificação de fornecedores;
- acesso equitativo a produtos de saúde;
- investimentos em capacidade industrial regional.

A África aparece como prioridade importante e o documento menciona explicitamente a expansão de iniciativas europeias como MAV+ (*Manufacturing and Access to Vaccines, Medicines and Health Technologies*), o envolvimento do Banco Europeu de Investimento e de outras instituições europeias.

Isso revela um interesse europeu que vai além da saúde pública: **a UE pretende participar da construção de uma nova geografia global da produção farmacêutica e das cadeias de suprimentos.** O próprio relatório reconhece que a produção regional de medicamentos é também uma questão de poder econômico e geopolítico, porque determina quem captura os benefícios econômicos e quem exerce autoridade regulatória.

Neste sentido, a África surge como um espaço estratégico para a estratégia europeia, ocupando posição particularmente importante no documento. A proposta é fortalecer:

- União Africana;
- Africa CDC;
- *African Medicines Agency*;
- Escritório Regional Africano da OMS;
- comunidades econômicas regionais;
- capacidade africana de vigilância;
- produção regional de medicamentos;
- cadeias de suprimentos;
- participação africana nos conselhos das GHIs.

O relatório recomenda que os doadores europeus se alinhem a iniciativas africanas como a Agenda Lusaka, o Accra Reset e a atuação sul-africana no G20, evitando criar novas estruturas que aumentem a fragmentação.

Aqui, o interesse europeu é fortalecer capacidades regionais africanas, mas fazendo isso por meio de instituições consideradas legítimas pelos próprios países africanos.

A União Europeia sente necessidade de uma posição europeia coordenada entre os seus Estados-membros e países "afins" (*like-minded*). O relatório identifica quatro instrumentos principais:

1. participação em órgãos de governança;
2. uso estratégico dos mecanismos de financiamento;
3. programas bilaterais;
4. *advocacy* político e diplomático.

A mensagem é clara e direta: a influência europeia será maior se os países coordenarem suas posições nos conselhos da OMS, Gavi, Fundo Global, Banco Mundial e outras instituições. Isso indica que o documento não está apenas propondo uma reforma da arquitetura global. Ele também está propondo uma estratégia de poder para a UE dentro dessa arquitetura.

O pleito por uma governança mais inclusiva que não perca a capacidade de decisão está presente no documento e é acolhida pela UE, que apoia uma redistribuição de poder em favor de países de baixa e média renda e atores implementadores. Neste sentido, o relatório recomenda:

- maior representação de países implementadores;
- maior participação da sociedade civil;
- conselhos mais equilibrados;
- mecanismos de *accountability* dos próprios conselhos;
- maior transparência;
- responsabilidade recíproca entre financiadores e países.

Um conceito particularmente importante é a passagem de uma *accountability* unilateral — países respondendo aos doadores — para uma *accountability* recíproca, na qual também os financiadores devem responder pela previsibilidade, coerência e respeito à soberania nacional. Entretanto, o relatório reconhece que essa mudança reduz o controle tradicional dos financiadores e, portanto, será politicamente difícil.

Outro eixo importante é a construção de sistemas globais e regionais de: vigilância; alerta precoce; sequenciamento genômico; análise de dados; inteligência artificial; monitoramento de pandemias. O relatório recomenda inclusive maior colaboração entre instituições europeias, como o ECDC, e instituições africanas. Mas há uma preocupação interessante: dados de saúde, dados de patógenos e sistemas avançados de vigilância são tratados como ativos geopolíticos estratégicos.

Após a apreciação do documento, fica a ideia de que, no geral, o interesse central da União Europeia é construir uma arquitetura global de saúde mais enxuta, coordenada e financeiramente sustentável, na qual a OMS mantenha sua função normativa central, os países em desenvolvimento tenham maior soberania e voz, e a UE consiga utilizar de forma mais coordenada seu peso financeiro, diplomático, regulatório e industrial para influenciar as regras, o financiamento e as cadeias globais de saúde. Há, portanto, 3 camadas de interesse europeu no documento:

1. Interesse sanitário: garantir bens públicos globais — pandemias, vigilância, medicamentos, vacinas, normas e pesquisa.

2. Interesse financeiro/institucional**:** fazer com que cada euro europeu produza maior impacto, reduzindo fragmentação, duplicações e estruturas paralelas.

3. Interesse geopolítico: preservar e ampliar a capacidade da Europa de influenciar a governança global da saúde, inclusive por meio da OMS, Banco Mundial, Gavi, Fundo Global, parcerias industriais e relações estratégicas com a África.

Esse terceiro elemento é particularmente importante. O documento não propõe simplesmente “mais saúde global”. Ele propõe uma arquitetura na qual recursos, governança, produção de medicamentos, dados, financiamento e capacidade regulatória sejam reorganizados — e recomenda que a UE coordene seus instrumentos para ocupar uma posição de influência nesse novo arranjo.

Cabe observar, no entanto, que este é um relatório de reflexão encomendado pela Comissão Europeia, e não um documento que formalmente estabeleça a posição negociadora da UE.

Considerações Finais

Assim como no processo UN80, a União Europeia apoia a reforma da arquitetura global de saúde não como uma ruptura com o sistema multilateral existente, mas como uma tentativa de reorganizá-lo, racionalizá-lo e torná-lo mais sustentável. A estratégia europeia combina, assim, a preservação do papel central da OMS com a defesa de uma arquitetura mais coordenada, eficiente, transparente e orientada para resultados, na qual cada instituição exerça funções compatíveis com suas vantagens comparativas.

Nesse processo, a OMS permanece como a pedra angular da governança global da saúde, especialmente em suas funções normativas, regulatórias, de produção de evidências, coordenação e convocação dos diferentes atores. A UE não defende ampliar as atribuições da Organização. Ao contrário, propõe uma concentração em funções essenciais, acompanhada de uma melhor articulação com iniciativas globais de saúde, instituições financeiras internacionais, organismos regionais e estruturas nacionais. A reforma pretendida, portanto, não significa uma OMS maior, mas uma OMS mais focada, eficiente e capaz de exercer com maior autoridade suas funções essenciais.

O financiamento constitui, sabidamente, um dos principais desafios para a sustentabilidade da arquitetura global de saúde. A excessiva dependência de contribuições voluntárias e direcionadas compromete a autonomia e a previsibilidade da atuação da OMS e de outras instituições. A redução da assistência internacional à saúde e a saída dos EUA da Organização tornam essa questão ainda mais urgente. A defesa europeia de mecanismos de financiamento mais previsíveis, sustentáveis e coordenados deve ser compreendida, portanto, não apenas como uma preocupação administrativa, mas como condição para que o sistema multilateral seja capaz de responder a crises e preservar bens públicos globais de saúde.

Outro elemento central é a tentativa de superar a fragmentação institucional. A UE reconhece que a multiplicidade de iniciativas, fundos e organizações contribuiu para ampliar a capacidade de resposta da comunidade internacional, mas também produziu sobreposições, custos administrativos e dificuldades de coordenação. A proposta europeia busca racionalizar o ecossistema das Iniciativas Globais de Saúde, fortalecer a cooperação entre seus diferentes atores e evitar a criação de novas estruturas paralelas. A reforma deve produzir maior integração sem comprometer programas e mecanismos que já demonstraram capacidade de gerar resultados.

A dimensão geopolítica não pode ser dissociada da posição europeia. O fortalecimento de cadeias regionais de produção de medicamentos e vacinas, a diversificação de fornecedores, a capacidade regulatória, a infraestrutura de saúde e o desenvolvimento de sistemas de dados revelam que a reforma da arquitetura global de saúde ultrapassa os limites estritamente sanitários. Para a UE, saúde, desenvolvimento, indústria, comércio, tecnologia e segurança estão cada vez mais interligados. O apoio à expansão da capacidade produtiva africana e ao fortalecimento de instituições como a União Africana, o CDC África e a futura Agência Africana de Medicamentos está inserido nessa estratégia mais ampla de reorganização das relações de interdependência na saúde global.

A África assume, portanto, posição particularmente relevante. Ao defender que os parceiros europeus apoiem estruturas e iniciativas lideradas pelos próprios países africanos, em vez de criar novos mecanismos paralelos, a UE procura combinar o fortalecimento da soberania regional com a manutenção de sua capacidade de influência. Trata-se de uma mudança significativa em relação a modelos tradicionais de cooperação baseados predominantemente na relação doador-beneficiário, embora sua implementação revele necessariamente tensões entre os interesses dos financiadores e a autonomia dos países parceiros.

Outro aspecto que merece atenção é a estratégia de coordenação interna europeia. A influência da UE na nova arquitetura dependerá não apenas de sua capacidade financeira, mas também da capacidade de seus Estados-membros de coordenarem posições nos diferentes espaços de governança. A atuação articulada na OMS, nas Iniciativas Globais Internacionais, no Banco Mundial, nos bancos regionais de desenvolvimento e em outras instituições poderá ampliar o peso político europeu nas negociações. Dessa forma, a reforma da arquitetura global de saúde constitui simultaneamente um processo de transformação institucional e uma oportunidade para a UE reorganizar e potencializar seus próprios instrumentos de influência internacional.

Em síntese, podem ser identificadas 3 dimensões complementares do interesse europeu. A primeira é sanitária, relacionada à preservação e ao fortalecimento de bens públicos globais, como prevenção e resposta a pandemias, vigilância epidemiológica, acesso a medicamentos e vacinas, pesquisa e estabelecimento de normas internacionais. A segunda é financeira e institucional, associada à necessidade de produzir maior impacto a partir dos recursos disponíveis, reduzindo fragmentação, duplicações e custos administrativos e tornando o financiamento mais previsível. A terceira é geopolítica, relacionada à preservação e ampliação da capacidade europeia de influenciar as regras, os fluxos financeiros, as cadeias produtivas, os sistemas regulatórios e os mecanismos de governança da saúde global.

A força-tarefa criada na WHA79 será um espaço importante para observar como essas prioridades serão traduzidas em propostas concretas. O relatório provisório previsto para novembro de 2026 e, posteriormente, o relatório final a ser apresentado à Assembleia Mundial da Saúde em 2027 permitirão avaliar até que ponto será possível construir consensos sobre financiamento, governança, divisão de funções, representação dos países implementadores e coordenação entre as diferentes instituições. Nesse processo, a participação ativa da UE deverá ser acompanhada não apenas por suas posições formais, mas também pela forma como utilizará seus instrumentos financeiros, diplomáticos e institucionais.

Por fim, é importante preservar a distinção entre as conclusões do relatório de reflexão de fevereiro de 2026 e uma posição negociadora formal da União Europeia. Ainda assim, o

documento oferece elementos suficientes para identificar uma direção estratégica: reformar a arquitetura global de saúde sem desestruturá-la; fortalecer a OMS sem ampliar indiscriminadamente suas funções; reduzir a fragmentação sem eliminar mecanismos eficazes; ampliar a soberania dos países sem abandonar a prestação de contas; e aumentar a sustentabilidade financeira sem depender exclusivamente da assistência tradicional ao desenvolvimento.

A reforma em curso, portanto, não diz respeito apenas à eficiência da governança global da saúde. Ela envolve também uma disputa sobre quem define prioridades, quem financia, quem produz, quem regula e quem participa das decisões sobre saúde em escala global. É justamente nessa interseção entre saúde pública, financiamento, soberania e poder que se encontra o principal interesse europeu no processo de reforma — e uma das principais chaves para compreender os rumos que a nova arquitetura global de saúde poderá assumir nos próximos anos.