Reunião de Chefes de Estado e de Governo da África sobre o surto de Ébola

Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno sobre el brote de Ébola

Meeting of Heads of State and Government on the Ebola Outbreak

Augusto Paulo Silva, Manuel Mahoche, Tomé Cá, Valery Martinez Jean e Felix Rosenberg

Resumo: Entre 9 e 22 de junho de 2026, a resposta ao surto de Ebola causado pelo vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo (RDC) e em Uganda ganhou destaque em uma reunião virtual de Chefes de Estado e de Governo africanos e parceiros internacionais. O encontro, promovido pela União Africana, alertou para a rápida evolução da epidemia, marcada pela expansão geográfica dos casos, transmissão comunitária persistente e desafios operacionais relacionados a conflitos armados, deslocamentos populacionais, insegurança e desconfiança das comunidades. Até meados de junho, mais de 800 casos confirmados e quase 200 mortes haviam sido registrados nos dois países, com a província de Ituri permanecendo como epicentro da crise. Os participantes aprovaram um plano conjunto de resposta e preparação para o período de junho a dezembro de 2026, estimado em 518 milhões de dólares, e defenderam maior coordenação transfronteiriça, financiamento rápido, fortalecimento da vigilância epidemiológica, rastreamento de contatos, ampliação da capacidade laboratorial e melhoria da assistência aos pacientes. A OMS destacou que, apesar dos avanços operacionais, os esforços permanecem insuficientes para controlar o surto. O contexto humanitário agrava a emergência. Acampamentos de deslocados enfrentam falta de água, saneamento precário e superlotação, dificultando a prevenção. Investigações apontam que funerais com práticas inseguras podem ter contribuído para eventos de supertransmissão. Embora existam sinais encorajadores, como recuperação de pacientes, cooperação comunitária e fortalecimento da resposta em Uganda, especialistas alertam que a epidemia pode persistir por muitos meses. A ausência de vacinas e terapias licenciadas específicas para o vírus Bundibugyo continua sendo um dos principais desafios.

Palavras-chave: Saúde Pública; doenças infecciosas; Ebola; vírus Bundibugyo; surto na República Democrática do Congo e Uganda.

Resumen. *Entre el 9 y el 22 de junio de 2026, el brote de Ébola causado por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo (RDC) y Uganda fue analizado en una reunión virtual de Jefes de Estado y de Gobierno africanos junto con socios internacionales. Convocada por la Unión Africana, la reunión destacó la rápida evolución de la epidemia, caracterizada por la expansión geográfica de los casos, la transmisión comunitaria continua y las dificultades operativas derivadas de los conflictos armados, los desplazamientos de población, la inseguridad y la desconfianza de algunas comunidades. A mediados de junio se habían registrado más de 800 casos confirmados y cerca de 200 fallecimientos, siendo la provincia de Ituri el principal epicentro del brote. Los participantes aprobaron un plan conjunto de respuesta y preparación para el período junio-diciembre de 2026, con un presupuesto estimado de 518 millones de dólares. También solicitaron una coordinación transfronteriza más sólida, financiamiento urgente,*

fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, seguimiento de contactos, ampliación de la capacidad de laboratorio y mejora de la atención médica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que, pese a los avances logrados, la respuesta sigue siendo insuficiente para controlar eficazmente la epidemia. La situación humanitaria agrava la emergencia. Los campamentos de desplazados sufren escasez de agua, deficiencias de saneamiento y hacinamiento, factores que dificultan la prevención. Además, investigaciones sugieren que prácticas funerarias inseguras pudieron haber contribuido a eventos de superpropagación. Aunque existen señales alentadoras, como recuperaciones de pacientes, una mayor cooperación comunitaria y una mejor preparación en Uganda, los especialistas advierten que el brote podría prolongarse durante muchos meses. La ausencia de vacunas y tratamientos específicos autorizados contra el virus Bundibugyo sigue siendo uno de los mayores desafíos

Palabras clave: *Salud Pública; enfermedades infecciosas; Ébola; virus Bundibugyo.; brote en la República Democrática del Congo y Uganda.*

Abstract. *Between June 9 and 22, 2026, the Ebola outbreak caused by the Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo (DRC) and Uganda became the focus of a virtual meeting of African Heads of State, governments, and international partners. Convened under the African Union, the meeting highlighted the rapidly evolving epidemic, characterized by expanding geographic spread, ongoing community transmission, and operational challenges linked to armed conflict, population displacement, insecurity, and community mistrust. By mid-June, more than 800 confirmed cases and nearly 200 deaths had been reported across the two affected countries, with Ituri Province remaining the epicenter of the outbreak. Participants endorsed a joint response and preparedness plan for June–December 2026 with an estimated budget of US$518 million. They called for increased cross-border coordination, rapid financing, stronger surveillance systems, improved contact tracing, expanded laboratory capacity, and enhanced patient care. The World Health Organization (WHO) emphasized that, despite significant operational progress, the response remains below the level required to bring the outbreak under control. The humanitarian context further complicates the crisis. Displacement camps face severe shortages of water, poor sanitation, and overcrowding, undermining prevention efforts. Investigations suggest that unsafe funeral practices may have contributed to early superspreading events. Although encouraging signs have emerged, including patient recoveries, stronger community engagement, and Uganda's improved preparedness and rapid response capacity, experts warn that the outbreak could continue for many months. The lack of licensed vaccines and specific therapies against the Bundibugyo strain remains one of the most significant challenges to containment and long-term control efforts.*

Keywords: *Public Health; infectious diseases; Ebola; Bundibugyo virus; outbreak in the Democratic Republic of Congo and Uganda.*

Surto de Ebola – Atualizações

A epidemia de Ebola Bundibugyo, que afeta as províncias de Ituri, Norte-Kivu e Sul-Kivu, no leste da República Democrática do Congo (RDC), ultrapassou, durante o fim de semana de 20 e 21 de junho, a marca de 1.000 casos confirmados. Trata-se já da maior epidemia já registrada para essa cepa do vírus, identificada pela primeira vez em 2007. Além disso, os desafios no terreno se multiplicam: transporte dos doentes, contaminação dos profissionais de saúde e centros de tratamento superlotados. O Ministro da Saúde, Roger Kamba, aponta ainda outro problema: os pacientes frequentemente chegam muito tarde às unidades de saúde. A equipe

de resposta à epidemia afirma, no entanto, estar se preparando para um novo aumento no número de casos, já que o pico da epidemia ainda não foi atingido.

De acordo com o último relatório de situação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), datado de 20 de junho de 2026, foram confirmados 1.003 casos e registrados 254 óbitos, o que corresponde a uma taxa geral de letalidade de 25,3%. Os casos estão distribuídos em três províncias: Ituri (916 casos), Norte-Kivu (84 casos) e Sul-Kivu (3 casos). A província de Ituri concentra 91,3% dos casos e 80,7% das mortes da epidemia, que atualmente afeta 34 das 104 zonas de saúde existentes no país. Esse número só adquire todo o seu significado quando analisado à luz da história do vírus em questão. Bundibugyo é uma espécie distinta da cepa Zaire, responsável pela grande maioria das 17 epidemias registradas na República Democrática do Congo desde 1976. Antes da atual epidemia, a variante Bundibugyo havia provocado apenas dois surtos documentados: um em Uganda, em 2007, com 131 casos e 42 mortes; e outro em Isiro, no nordeste da República Democrática do Congo, em 2012, de menor dimensão.

Reunião virtual de Chefes de Estado e de Governo e Parceiros

Comunicado

1. *A reunião virtual de Chefes de Estado e de Governo africanos e parceiros (HLPM, High Level Presidential Meeting) dedicada ao surto de Ébola doença pelo vírus Ebola Bundibugyo (BVD) na República Democrática do Congo (RDC) e no Uganda foi realizada em 16 de junho, sob a presidência de S.E. Evariste Ndayishimiye, Presidente do Burundi e Presidente pro tempore da União Africana. A HLPM reuniu Chefes de Estado e de Governo da União Africana, a Comissão da União Africana, o CDC África, países parceiros, as Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), Comunidades Econômicas Regionais, instituições financeiras internacionais, o setor privado, filantropias, agências técnicas e parceiros. A reunião registrou a representação de alto nível da China pelo Vice-Primeiro-Ministro do Conselho de Estado e reafirmou a importância da solidariedade internacional e de um futuro compartilhado no enfrentamento de emergências de saúde;*

2. *Convocado em um espírito de unidade africana e solidariedade internacional, a HLPM teve como objetivo conter o surto na origem, proteger as comunidades e os trabalhadores da linha de frente, prevenir a propagação regional, salvaguardar os serviços essenciais de saúde e fortalecer a preparação nos países em risco por meio de liderança política alinhada, financiamento rápido, assistência técnica coordenada e entrega em campo com prestação de contas;*

3. *A HLPM observou com grave preocupação a situação epidemiológica em rápida evolução. Até 15 de junho de 2026, 827 casos confirmados e 194 mortes confirmadas haviam sido notificados nos dois países afetados: 808 casos confirmados e 192 mortes confirmadas na RDC, em Ituri, Kivu do Norte e Kivu do Sul; e 19 casos confirmados e 2 mortes confirmadas no Uganda. Ituri continua sendo o epicentro, enquanto Kivu do Norte se tornou uma grande preocupação, com aumentos diários nos casos confirmados e a maior taxa de letalidade, estimada em 64%;*

4. *A HLPM reconheceu que o surto atingiu um ponto de inflexão operacional crítico, impulsionado pela transmissão comunitária contínua, rastreamento de contatos abaixo do ideal, rápida expansão geográfica, alta mobilidade ligada à mineração, insegurança e deslocamento populacional, desconfiança comunitária, relutância em testes pós-morte em algumas áreas, lacunas na prevenção e controle de infecções, capacidade insuficiente para sepultamentos seguros e dignos, capacidade inadequada de isolamento e tratamento, e a ausência de vacinas ou terapêuticas licenciadas específicas para o BDBV;*

5. *A HLPM solicitou o estabelecimento urgente de acesso humanitário e corredores de resposta, incluindo corredores de paz onde necessário, para permitir que as autoridades nacionais, o CDC África, a OMS, o UN OCHA e parceiros alcancem com segurança as áreas afetadas e de alto risco, incluindo Kivu do Norte e Kivu do Sul; avaliem a transmissão e as necessidades; entreguem suprimentos; investiguem alertas; apoiem o tratamento; e mantenham os serviços essenciais de saúde. Também apelou a um reforço operacional imediato de sete dias para fortalecer a investigação de casos, a gestão diária de dados, o acompanhamento de contatos por 21 dias, a capacidade de tratamento e isolamento, PCI, triagem e EPI, sepultamentos seguros e dignos, liberação laboratorial, diagnósticos no local de atendimento e comunicação de risco e engajamento comunitário liderados por líderes locais de confiança;*

6. *A HLPM elogiou os Governos da RDC e de Uganda por sua liderança e financiamento inicial dos planos nacionais de resposta, incluindo as contribuições anunciadas de USD 50 milhões pela RDC e USD 5 milhões por Uganda. Prestou homenagem aos profissionais de saúde da linha de frente, atores comunitários e socorristas locais, e acolheu com satisfação a ativação do apoio do CDC África, da OMS e de parceiros, incluindo a Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes, coordenação transfronteiriça, destacamentos de laboratório e de campo, apoio logístico, engajamento comunitário e preparação do plano conjunto de resposta e preparação de seis meses;*

7. *A HLPM endossou o plano conjunto de resposta e preparação para o período de junho a dezembro de 2026, com um orçamento estimado em USD 518 milhões, e apelou a um financiamento urgente, flexível e antecipado. Acolheu com satisfação as promessas de contribuição totalizando 910 milhões de dólares, incluindo 80 milhões de Estados-Membros africanos em direção à meta de 100 milhões e exortou os Estados-Membros, instituições financeiras, doadores e parceiros a converterem as promessas em recursos de rápido desembolso e apoio em espécie prioritário, incluindo veículos, ambulâncias, laboratórios, gestores de dados, trabalhadores comunitários, capacidade de tratamento e isolamento, equipamentos de proteção individual, materiais de PCI/WASH, equipes de sepultamento seguro, logística, acesso sensível à segurança e capacidade de reforço da força de trabalho de saúde;*

8. *A HLPM enfatizou o fortalecimento da coordenação transfronteiriça entre os Estados-Membros afetados e em risco sob a liderança das autoridades nacionais, com o apoio técnico do CDC África e da OMS e a coordenação humanitária do UN OCHA. Acolheu com satisfação a missão operacional Uganda-RDC para finalizar os arranjos de vigilância, laboratório e gestão de casos, e apelou a um apoio de preparação semelhante baseado em risco para os países vizinhos de alto risco;*

9. *A HLPM reafirmou que as proibições generalizadas de viagens ou comércio não são apoiadas por evidências de saúde pública e podem minar as operações de resposta ao desencorajar as notificações, desviar o movimento para passagens informais e atrasar o deslocamento de socorristas, amostras, suprimentos e assistência humanitária. Solicitou a todos os países que sigam a orientação do CDC África divulgada em 9 de junho sobre triagem de entrada e saída; compartilhem dados oportunos com o CDC África para uma percepção situacional centralizada; e adotem medidas baseadas em evidências e riscos, incluindo triagem de saída, compartilhamento rápido de informações, vigilância coordenada nos pontos de entrada e passagem segura para viagens essenciais, comércio e operações de resposta;*

10. *A HLPM ressaltou que a África deve passar de apelos de emergência recorrentes para investimentos previsíveis em preparação. Endossou o financiamento voluntário pelos Estados-Membros africanos e pelo setor privado africano de USD 100 milhões por ano, a ser complementado por parceiros externos, para fortalecer a preparação para epidemias,*

manter a prontidão entre os surtos e acelerar os investimentos na fabricação local de contramedidas édicas, incluindo vacinas, medicamentos, diagnósticos e outros produtos essenciais;

11. *A HLPM observou que, 19 anos após o Ébola vírus Bundibugyo ter sido identificado pela primeira vez, nenhuma vacina ou terapêutica licenciada específica para o BDBV está disponível. Apelou ao acesso acelerado, ético e protocolado a vacinas candidatas, terapêuticas e diagnósticos; ensaios clínicos adaptativos; compromissos firmes de acesso pós-ensaio; compartilhamento de benefícios; transferência de tecnologia; e vias de fabricação africanas. Incentivou ainda os países a se inscreverem e utilizarem efetivamente o Mecanismo Africano de Compras Coletivas como a plataforma continental para a aquisição conjunta de produtos de saúde, e a assinarem e ratificarem, onde aplicável, o Tratado para a Agência Africana de Medicamentos como um pilar da segurança e soberania sanitária africana;*

12. *A HLPM endossou a liderança contínua do CDC África, em estreita colaboração com a OMS e todos os parceiros, no apoio aos Estados-Membros afetados. Acolheu com satisfação o estabelecimento de um rastreador semanal de compromissos para monitorar promessas de contribuição, desembolsos, entregas e lacunas remanescentes em relação ao plano de seis meses, e resolveu manter o engajamento político de alto nível até que o surto seja contido e os riscos à segurança sanitária regional sejam mitigados. A HLPM concluiu com um apelo a todas as partes interessadas para que atuem com urgência, unidade, solidariedade e responsabilidade: conter o Ebola na origem; manter as fronteiras abertas para a ciência e a solidariedade; proteger os trabalhadores da linha de frente e as comunidades; e garantir que esta emergência deixa a África com uma preparação mais forte, maior capacidade de fabricação e uma segurança sanitária mais robusta.*

Um mês após o surto de Ebola de Bundibugyo ter sido declarado na República Democrática do Congo (RDC) e no Uganda, o número de casos continua a aumentar. A RDC tem agora mais de 780 casos confirmados e 180 mortes, enquanto Uganda registrou 19 casos confirmados, incluindo duas mortes. No terreno, a resposta expandiu-se consideravelmente. Cerca de 400 leitos estão agora disponíveis e quatro laboratórios estão operacionais. Dois deles, sozinhos, conseguem processar quase 1.000 amostras por dia. No entanto, apesar deste aumento de escala, a Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que os esforços continuam muito aquém do necessário para colocar o surto sob controle. “Numa escala de 0 a 10, em comparação com onde esta resposta precisa estar, eu diria que estamos em cerca de três ou quatro’, disse a Dra. Rose Belizaire, Líder de Resposta a Emergências da OMS África, em entrevista à ONU News. ‘O surto está evoluindo rapidamente, e todos os parceiros (...) precisam intensificar seus esforços no terreno para acompanhar o ritmo da evolução desta epidemia.

Hoje, quando uma pessoa é relatada como caso suspeito em uma comunidade, uma equipe de investigação é enviada imediatamente. Se o alerta for confirmado, o paciente é encaminhado para um centro de triagem, onde aguarda os resultados laboratoriais antes de ser transferido, se necessário, para um centro de tratamento. Mas a resposta ao Ebola vai muito além do atendimento médico. “A resposta está organizada em torno de 11 pilares em campo”, explicou a Dra. Belizaire. Vigilância comunitária, equipes de investigação, centros de triagem para pessoas que aguardam diagnóstico, laboratórios, centros de tratamento, prevenção e controle de infecções e gestão de dados estão entre os muitos componentes mobilizados sob a liderança das autoridades de saúde congolesas. A resposta também inclui um amplo apoio aos pacientes, às suas famílias e às pessoas expostas ao vírus.

“Hoje temos apoio psicossocial e apoio nutricional que prestam assistência aos pacientes confirmados, às suas famílias e aos contatos que estamos monitorando, para que possamos adotar uma abordagem holística para este surto”, disse a autoridade da OMS. No terreno, essa abordagem assume formas muito concretas. “Os contatos recebem rações alimentares”, observou a epidemiologista. Quanto aos pacientes hospitalizados, “eles recebem três refeições quentes por dia”. A resposta também inclui medidas de prevenção e controle de infecções que visam limitar a transmissão. “Isso inclui a desinfecção e a destruição de itens contaminados pelo vírus”, disse a Dra. Belizaire. “É toda uma engrenagem que precisa ser colocada em prática.”

Durante uma visita recente a Beni, uma das áreas mais atingidas pelo surto, a Dra. Belizaire disse ter ficado impressionada com o nível de preparação das equipes locais. “Fiquei muito satisfeita com a capacidade técnica deles para implementar a resposta. Eles sabem o que precisa ser feito. Eles também têm a experiência técnica”, disse ela. O que lhes falta, no entanto, são os recursos necessários para corresponder às suas capacidades. “O que realmente lhes faltava eram os meios. Faltavam recursos humanos e também o apoio logístico necessário para colocar em prática uma resposta robusta.”

O surto também está evoluindo demograficamente. No início do surto, os homens de 20 a 49 anos eram o grupo mais afetado. Hoje, as mulheres representam a categoria mais afetada, enquanto os casos entre crianças estão aumentando. Para a Dra. Belizaire, essa mudança não é surpreendente. “Em surtos de doenças infecciosas, as mulheres geralmente são as mais afetadas. São elas que cuidam dos familiares, dos maridos, dos pais e dos filhos.”

Para a OMS, adaptar a resposta às realidades no terreno tornou-se uma parte essencial da luta contra Ebola. “Estamos tentando nos reunir com todos os segmentos da população para entender suas necessidades e adaptar a resposta à realidade deles”, explicou a Dra. Belizaire. Durante suas viagens, a autoridade da OMS disse ter se reunido com uma ampla variedade de grupos, incluindo mulheres, empreendedores locais, mototaxistas e líderes comunitários. As preocupações variam de um grupo para outro. Os empreendedores se preocupam com o impacto do surto em sua capacidade de subsistência, enquanto os mototaxistas, que fornecem grande parte do transporte nas áreas afetadas, estão entre os mais expostos. “Um surto sempre ocorre em um contexto específico. Portanto, temos que adaptar a resposta às necessidades reais das comunidades e às realidades de seus deslocamentos.”

Essa realidade é particularmente evidente na região de fronteira entre Aru, na RDC, e Arua, em Uganda, onde a Dra. Belizaire participou, no último fim de semana, de reuniões que fortaleceram a cooperação entre os dois países e ajudaram a definir um plano de ação comum. “Quando você olha para a fronteira, não vê realmente uma linha divisória ou uma diferença entre as populações”, disse ela. “Os nomes são quase idênticos – Aru e Arua. Isso ocorre porque são as mesmas populações que vivem ali e elas falam a mesma língua local.” “As interações são extremamente intensas, sejam trocas comerciais, trocas familiares ou simplesmente trocas humanas”, acrescentou ela. Os dois países concordaram, portanto, em enviar equipes conjuntas ao longo da fronteira, fortalecer a capacidade laboratorial e estabelecer um centro de tratamento gerenciado em conjunto por equipes congolesas e ugandenses. O objetivo também é aproximar os cuidados das populações que vivem no lado congolês, a fim de reduzir a necessidade de viajar para Uganda em busca de tratamento.

Durante o último mês, os longos dias da Dra. Belizaire foram preenchidos com reuniões de coordenação, visitas de campo e discussões com as comunidades afetadas. Eles também

foram pontuados por encontros memoráveis, e esta semana não foi exceção. “Enquanto eu estava em uma reunião, houve alguém que estava determinado a me ver a todo custo”, relembrou ela. Quando ela finalmente foi ao encontro dele, descobriu que se tratava de um colega da OMS. Após trocarem algumas saudações, ele lhe perguntou: “Mas Doutora, a senhora não me reconhece?” Ela não o reconheceu. Ele então explicou por que estava tão ansioso para conhecê-la. “Eu queria lhe agradecer. Obrigado por salvar minha vida. A senhora é uma das pessoas cujas ações tornaram possível que eu ainda estivesse vivo hoje.” O homem é um sobrevivente de um surto anterior de Ebola na RDC. Hoje, ele trabalha como epidemiologista para a OMS. Ele também a lembrou de que havia sido uma das primeiras pessoas a dar o alarme durante o atual surto, depois que um pastor o informou que um corpo estava sangrando pelo nariz e pela boca durante um funeral em Aru. Para a Dra. Belizaire, o encontro ilustra como a experiência adquirida ao longo de sucessivos surtos continua a fortalecer a resposta hoje. “Este pode ser o meu melhor pagamento esta semana”, disse ela. “Ver pessoas cujas vidas ajudamos a salvar se tornando meus colegas e trabalhando na mesma organização que eu.”

Sinais animadores

Apesar dos desafios, um alto funcionário da OMS que passou as últimas três semanas no país expressou confiança de que o surto pode ser contido. O Dr. Chikwe Ihekweazu, Diretor Executivo do Programa de Emergências de Saúde, apontou sinais animadores, incluindo uma forte cooperação comunitária, laboratórios recém-abertos e a recuperação e alta de alguns pacientes. O Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, visitou a Uganda recentemente como parte de uma missão regional para avaliar os esforços de controle do surto e apoiar a resposta. Após sua visita, Tedros disse que a Uganda montou uma resposta robusta, destacando os sistemas de vigilância, testagem e manejo de casos do país, que permitiram às autoridades identificar e gerenciar os casos rapidamente.

Tedros também elogiou a qualidade do atendimento que está sendo oferecido na Unidade de Tratamento de Ebola na instalação de isolamento do Hospital de Mulago. A unidade foi comissionada em até seis horas após a declaração do surto e conta com uma equipe de membros da Equipe de Emergência Médica (EMT) de Uganda, um grupo de 146 integrantes criado e treinado em 2023 com o apoio da OMS e da União Europeia. De acordo com a OMS, a equipe foi mobilizada em até duas horas após a declaração do surto. “A unidade e a equipe que vemos aqui são fruto de preparação”, disse a Dra. Kasonde Mwinga, representante da OMS em Uganda, afirmando que “a preparação salva vidas”.

Tedros enfatizou que o risco de novas transmissões permanece e que a vigilância deve continuar alta. Ele ressaltou a necessidade de uma cooperação contínua entre Uganda e a RDC (República Democrática do Congo), observando que nenhum país pode controlar o surto sozinho e que interromper a transmissão em sua origem é essencial para reduzir o risco de uma propagação regional mais ampla. O chefe da OMS também destacou a importância do engajamento comunitário, particularmente em áreas de fronteira onde as comunidades abrangem ambos os países. Autoridades de saúde pública alertam que os surtos se tornam mais difíceis de conter quando as pessoas hesitam em relatar sintomas, participar do rastreamento de contatos ou seguir as orientações de saúde.

Tedros reiterou a posição da OMS de que as proibições de viagens não são uma ferramenta eficaz para controlar surtos de Ebola e pediu aos países que as reconsiderem. “As proibições de viagens não ajudam a controlar os surtos de Ebola e podem afetar negativamente

a movimentação de suprimentos essenciais, equipes de resposta e mercadorias necessárias para apoiar os esforços de controle", disse ele.

O surto atual é a nona experiência de Uganda com o Ebola. A OMS afirmou que as lições de surtos anteriores ajudaram a fortalecer os sistemas de vigilância, as redes de laboratórios e as equipes de emergência médica do país. O Coordenador Residente da ONU no Uganda, Leonard Zulu, disse que o sistema das Nações Unidas estava trabalhando em estreita colaboração com as autoridades nacionais sob a liderança técnica da OMS. "Estamos avançando com uma resposta unificada e coordenada para fortalecer a preparação, proteger comunidades vulneráveis e apoiar os esforços nacionais para conter o surto de Ebola", disse ele.

O surto da doença pelo vírus Bundibugyo (DVB) na República Democrática do Congo continua a evoluir rapidamente, com o aumento do número de casos e da propagação geográfica. Até 10 de junho, um total acumulado de 676 casos confirmados, incluindo 136 mortes, foi relatado na República Democrática do Congo. Até 11 de junho, Uganda relatou 19 casos confirmados, incluindo duas mortes, bem como um caso provável que resultou em óbito. Em Uganda, o surto permanece epidemiologicamente associado à transmissão originada na República Democrática do Congo, com evidências tanto de infecções importadas quanto de transmissão secundária entre contatos e profissionais de saúde. Uganda não registrou novos casos nos últimos seis dias. As autoridades nacionais dos dois países afetados, em colaboração com a OMS e parceiros, estão implementando um pacote abrangente de medidas de resposta. Um plano de ação regional de preparação e priorização continua a orientar as atividades de prontidão em toda a Região Africana.

Desde a publicação do último Boletim de Surtos Epidêmicos (Disease Outbreak News) em 8 de junho de 2026, o número de casos confirmados e de mortes aumentou rapidamente na República Democrática do Congo. No total, foram relatados 695 casos confirmados (676 na República Democrática do Congo e 19 em Uganda) e 138 mortes (incluindo duas em Uganda) em ambos os países, enquanto pelo menos 37 pessoas se recuperaram da doença.

Desde 8 de junho, um adicional de 161 casos confirmados, incluindo 45 mortes confirmadas, foi relatado na República Democrática do Congo. O aumento deve-se, em parte, à ampliação das capacidades de teste e diagnóstico, permitindo a análise do acumulado de amostras coletadas anteriormente. Até 10 de junho de 2026, um total de 676 casos confirmados, incluindo 136 mortes (taxa de letalidade de 20,1%), foi relatado na República Democrática do Congo. A taxa de letalidade relatada é provavelmente uma subestimativa, já que muitas mortes ocorridas antes da declaração do surto continuam sob investigação. Até o momento, 32 pacientes se recuperaram. Foram notificados casos em 29 zonas de saúde (ZS) das províncias de Ituri (19/36 ZS), Kivu do Norte (9/35 ZS) e Kivu do Sul (1/34 ZS) [1]. Dezesseis casos confirmados foram relatados entre profissionais de saúde e cuidadores até a presente data.

O surto continua concentrado na província de Ituri, que responde por 93% (629) do total de casos confirmados, com uma taxa de letalidade de 17,3% (109/629). O maior número de casos confirmados na província de Ituri foi registrado nas zonas de saúde de Bunia (185 casos), Rwampara (137 casos), Mongbwalu (132 casos) e Nyankunde (33 casos). Embora o epicentro continue sendo Ituri, houve uma expansão geográfica significativa de zonas de saúde com casos confirmados desde 8 de junho, com confirmações em mais quatro zonas de saúde até 10 de junho. Do total de casos confirmados, 94 aguardam distribuição por zona de saúde.

Até 10 de junho, 5.768 contatos foram identificados e estão sob acompanhamento nas províncias de Ituri (4.703), Kivu do Norte (841) e Kivu do Sul (224). Desses, 4.141 contatos foram

acompanhados, o que corresponde a taxas de monitoramento de 71,4% em Ituri, 71% em Kivu do Norte e 83,5% em Kivu do Sul.

O surto se desenrola em um ambiente humanitário complexo e afetado por conflitos, caracterizado por populações altamente móveis e frequentemente deslocadas. Estas dinâmicas, combinadas com o aumento de incidentes de segurança que afetam instalações de saúde, impuseram desafios operacionais adicionais nas províncias afetadas, tais como o acesso restrito para as equipes de resposta, interrupção das atividades de vigilância e resposta, e maior risco de transmissão não detectada. Estas condições reforçam a necessidade de que os esforços de resposta sejam liderados por lideranças locais e ancorados nas próprias comunidades.

Desde a última atualização em 8 de junho, nenhum caso confirmado ou morte adicional foi relatado em Uganda. Até 10 de junho de 2026, foi registrado um total acumulado de 19 casos confirmados, incluindo duas mortes em casos importados, e um caso provável que resultou em óbito. Dos casos confirmados, 14 são importados e cinco são de transmissão secundária entre contatos e profissionais de saúde após casos importados da República Democrática do Congo. Os casos foram notificados em dois distritos, Kampala e Wakiso, ambos integrantes da Região Metropolitana de Kampala. Até o momento, não há registro de transmissão comunitária em Uganda. Os riscos de exposição estão associados a ambientes de saúde e a movimentos transfronteiriços. Cinco recuperações foram relatadas até a presente data.

Dos 820 contatos listados até 11 de junho, um total de 409 contatos está sob acompanhamento ativo e 394 contatos concluíram o período de monitoramento de 21 dias.

Do ponto de vista epidemiológico, a doença é uma forma grave e frequentemente fatal, causada pelo vírus Bundibugyo, uma das espécies de Orthoebolavirus. Trata-se de uma doença zoonótica, sendo os morcegos frugívoros os suspeitos de constituírem o reservatório natural. Acredita-se que a infecção humana ocorra por meio do contato próximo com o sangue ou secreções de animais silvestres infectados, como morcegos ou primatas não humanos. Posteriormente, a doença se espalha de pessoa para pessoa através do contato direto com o sangue, secreções, órgãos ou outros fluidos corporais de indivíduos infectados, ou com superfícies e objetos contaminados. A transmissão é particularmente amplificada em ambientes de saúde quando as medidas de prevenção e controle de infecções (PCI) são inadequadas, e durante práticas de sepultamento inseguras que envolvam o contato direto com o falecido.

O período de incubação da DVB varia de dois a 21 dias, e os indivíduos não transmitem a infecção até o início dos sintomas. Os sintomas iniciais, como febre, fadiga, dor muscular, dor de cabeça e dor de garganta, são inespecíficos, o que complica o diagnóstico clínico e pode atrasar a detecção. Esses sintomas progridem então para manifestações gastrointestinais, disfunção orgânica e, em alguns casos, manifestações hemorrágicas. As taxas de letalidade nos dois surtos anteriores de DVB, relatados em Uganda e na República Democrática do Congo em 2007 e 2012, foram de 30% e 50%, respectivamente.

Diferenciar a DVB de outras doenças febris endêmicas, como a malária, é um desafio sem a confirmação laboratorial realizada por PCR ou testes baseados em antígenos/anticorpos. O controle depende da identificação rápida dos casos, isolamento e assistência médica, rastreamento de contatos, sepultamentos seguros e um forte engajamento comunitário, uma vez que atualmente não existem vacinas aprovadas ou tratamentos específicos para a DVB.

As autoridades de saúde na República Democrática do Congo e em Uganda, em colaboração com a OMS e parceiros, estão implementando medidas abrangentes de saúde

pública, incluindo a execução do plano de resposta continental, o engajamento de doadores e a mobilização de recursos adicionais para suprir lacunas críticas de financiamento e sustentar as operações de resposta nas áreas afetadas e de risco.

Na República Democrática do Congo, uma análise subnacional de estratificação de risco foi conduzida para melhor orientar as prioridades operacionais de resposta. De acordo com a última análise, datada de 8 de junho, 159 zonas de saúde estão categorizadas como afetadas ou em risco. Isso ressalta a imensa escala geográfica da resposta necessária para controlar este surto.

Seguindo as recomendações dos grupos consultivos da OMS sobre as terapias candidatas a serem consideradas para um ensaio clínico, a OMS, o CDC África e outros parceiros estão apoiando a República Democrática do Congo e Uganda na implementação do ensaio clínico. Isso inclui o uso de MBP134 e REGN3479 para tratamento, e de obeldesivir para profilaxia pós-exposição, garantindo os mais altos padrões éticos sob a liderança das autoridades nacionais de saúde e em estreita consulta com as comunidades afetadas.

O protocolo para o ensaio foi submetido e está sob revisão pelos comitês de ética e pelas autoridades reguladoras dos países. Mais coordenação e financiamento em pesquisa e desenvolvimento são necessários para garantir o acesso oportuno às terapias candidatas.

Em 6 de junho de 2026, a OMS reavaliou o risco do surto de DVB para incorporar novas informações disponíveis e alinhar-se com as Recomendações Temporárias da OMS. O risco para os países que compartilham fronteiras terrestres com países que têm detecção documentada do vírus Bundibugyo (DVBV) — atualmente a República Democrática do Congo e Uganda — foi separado do risco para os demais países da Região Africana.

O risco na República Democrática do Congo continua avaliado como muito alto devido à transmissão contínua e à expansão constante do surto para novas zonas de saúde, o que aumenta o potencial de uma maior propagação nacional e regional.

O risco em Uganda ainda é avaliado como alto devido à confirmação da propagação transfronteiriça por meio de casos importados e aos vínculos epidemiológicos contínuos ao longo do corredor entre o leste da República Democrática do Congo e o oeste de Uganda, uma região historicamente afetada por surtos de Ebola, incluindo surtos da doença pelos vírus Bundibugyo e Sudan.

O risco para os países com fronteiras terrestres adjacentes a nações com detecção documentada de DVBV é avaliado como alto devido à mobilidade populacional constante associada ao comércio transfronteiriço e a atividades de mineração, à variação nas capacidades e na experiência de resposta à DVB, e aos níveis variáveis de prontidão.

O risco para o restante da região da África e em nível global é avaliado como baixo.

No entanto, “A cada dia, casos estão sendo identificados em novas zonas de saúde. E isso reflete realmente a escala deste surto — uma escala que é muito maior do que a que está sendo detectada — e a alta mobilidade da população nesta parte da RDC”, disse o Dr. Olivier le Polain, que chefia a área de epidemiologia e análise da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A epidemia de Ebola na República Democrática do Congo (RDC) pode durar um ano, alertou um representante da Cruz Vermelha, estimando que o seu pico ainda não foi atingido.

“Tememos que esta epidemia dure mais um ano antes de chegar ao fim”, declarou Bruno Michon, chefe de operações da Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FICR), durante uma coletiva de imprensa em Genebra, em declarações divulgadas pela RFI (*Radio France Internationale*). Além disso, o CICV manifestou o receio de que a doença ofusque a resposta humanitária aos diferentes conflitos na sub-região.

Para o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), “os conflitos armados associados a epidemias constituem uma combinação potencialmente devastadora”, num momento em que uma crise de segurança e humanitária assola o leste do país (notadamente em Kivu do Norte, Kivu do Sul e Ituri). Esta guerra envolve grupos armados, milícias locais, o exército regular e tensões regionais, especialmente com Ruanda.

Por exemplo, no acampamento de Kigonze, a falta de água e saneamento ameaça a prevenção contra o Ebola na RDC. No acampamento para pessoas deslocadas, nos arredores de Bunia — capital da província de Ituri, no leste da República Democrática do Congo (RDC) —, a luta diária contra o Ebola começa com algo tão básico quanto a água. Desde o início da manhã, uma mãe deslocada com quatro filhos, esperava em um ponto de distribuição de água ao lado de outras mulheres e crianças. As torneiras estavam secas. Fileiras de galões amarelos alinhados ao lado delas permaneciam vazias após horas de espera.

Bunia é um dos epicentros do surto de Ebola, que até agora infectou 676 pessoas e matou 136. A resposta tem sido dificultada pela incerteza em torno dos casos iniciais, pela ausência de uma vacina aprovada para a cepa Bundibugyo, pela desconfiança da comunidade e pela insegurança persistente.

Em Kigonze, esses desafios são agravados por abrigos superlotados, escassez crônica de água e saneamento precário. A mídia local, citando administradores do acampamento, estima que pelo menos 11.700 pessoas vivam no local, distribuídas em cerca de 2.600 famílias, embora fontes locais afirmem que a população real pode ser significativamente maior.

De acordo com o chefe do acampamento, Kigonze não registrou nenhum caso confirmado de Ebola. No entanto, à medida que o surto se espalha por Ituri e pelas províncias vizinhas, as condições de vida no acampamento tornaram a prevenção uma preocupação cada vez mais urgente. “Aqui não temos nenhum caso de Ebola. Mas a nossa situação é complicada”, disse Etienne.

Etienne agora passa a maior parte do dia caminhando pelo acampamento com um megafone, pedindo aos moradores que fiquem vigilantes. Sua voz ecoa por caminhos estreitos ladeados por abrigos improvisados, onde famílias vivem em condições apertadas e as chuvas sazonais frequentemente transformam o solo em lama. “Quando soubemos das informações sobre Ebola, começamos a conscientizar as pessoas para que não fôssemos contaminados por esse vírus”, disse ele pelo alto-falante. “Todos devem lavar as mãos regularmente e manter distância.”

Por todo o acampamento, os abrigos eram remendados com lonas desgastadas e pedaços de madeira. Os moradores dizem que a água da chuva frequentemente se infiltra em suas casas, enquanto muitas latrinas estão danificadas, transbordando ou inutilizáveis. A água residual corre perto das áreas residenciais, aumentando o temor de transmissão de doenças.

De pé do lado de fora de seu abrigo, uma mãe deslocada com sete filhos, apontou para o chão lamacento que cercava sua casa. “Olhe para onde vivemos. Como podemos evitar

doenças nessas condições?", disse ela. "Quando chove, a água entra na casa e transforma tudo em lama." Ela afirmou que muitos abrigos precisam de reforma urgente. "Eles poderiam nos ajudar a reforçar esses abrigos ou nos dar os meios para construir outros", disse. "Esta situação já dura tempo demais e aumenta o risco de contaminação."

Para um pai deslocado com seis filhos, o saneamento continua sendo o desafio mais urgente do acampamento. "No momento, o grande problema aqui são os nossos banheiros. Eles estão em más condições", disse ele. "Nossas instalações de higiene deveriam ser melhoradas para nos proteger de Ebola."

O governo da RDC declarou o surto de Ebola em 15 de maio, após testes de laboratório confirmarem casos da doença causados pela cepa Bundibugyo na província de Ituri. Desde então, o vírus se espalhou por zonas de saúde em Ituri, Kivu do Norte e Kivu do Sul, regiões que já sofrem com anos de conflito armado, deslocamento populacional e surtos recorrentes de doenças.

A situação em Kigonze reflete vulnerabilidades mais amplas no leste da RDC, onde anos de conflito forçaram muitos civis a deixar suas casas. De acordo com o Programa Mundial de Alimentos, 7,8 milhões de pessoas estão deslocadas internamente em todo o país, enquanto 26,5 milhões enfrentam insegurança alimentar aguda.

A emergência na RDC é uma das crises humanitárias mais complexas do mundo, alertou o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR).

Como vivem as comunidades afetadas pelo surto

A Reuters narra a situação com esta manchete: "Um caixão quebrado, um funeral e a busca pelo paciente zero." Isto porque o caixão de um pastor quebrou no caminho de pedras rumo ao seu funeral, no que os pesquisadores suspeitam ter sido um dos primeiros eventos de supertransmissão na crescente epidemia de Ebola na RDC.

No momento em que o veículo saiu do necrotério em Bunia, o calor da manhã já pesava sobre a estrada para Mongbwalu. O corpo de um pastor congolês de 44 anos estava dentro de um caixão de madeira amarrado na traseira de um antigo SUV Nissan, que estava com os bancos traseiros rebatidos. Um grupo de parentes jovens também estava espremido ali dentro, sentados em cima do caixão.

A viagem pela província de Ituri leva cerca de três horas, ou mais quando as estradas de terra estão tão secas e esburacadas quanto estavam naquele dia de fevereiro. O veículo com tração nas quatro rodas dava solavancos violentos, levantando poeira sobre os buracos, pedras e valas esculpidas na terra vermelha.

Quando o veículo chegou a Mongbwalu, o caixão estava rachado, após ceder sob o peso daqueles que viajavam sentados sobre ele.

Estes estão entre os eventos que estão sendo analisados por investigadores que buscam pelo "paciente zero" — ou a infecção mais antiga — da epidemia de Ebola que assola a República Democrática do Congo, uma região devastada pela guerra, de acordo com quatro especialistas da equipe que conduz a investigação do Ministério da Saúde.

Os investigadores disseram que a viagem turbulenta do caixão precedeu um dos primeiros eventos suspeitos de supertransmissão: o funeral do homem dentro do caixão, o pastor Paluku Makundi Denis, realizado em 4 de fevereiro.

As autoridades de saúde estão lutando para conter a crescente epidemia de uma cepa rara de Ebola que mata de 30% a 50% dos infectados e não possui vacina ou cura.

Um epidemiologista de vigilância envolvido na investigação estimou que a cepa, Bundibugyo, já estava circulando de quatro a seis meses antes da confirmação do surto no Congo, em 15 de maio. Ele enfatizou que mais trabalho é necessário para determinar se o pastor Makundi, que nunca foi testado para o Ebola, estava infectado e para identificar a origem do surto — um passo fundamental para compreender a sua escala e prevenir novas epidemias.

Segundo a Reuters, o Ministério da saúde da RDC e a autoridade de saúde de Ituri não responderam aos pedidos de comentários. O Diretor-Geral da OMS recusou-se a comentar sobre o caso de Makundi e disse que muitos cenários do surto estão sendo investigados.

A própria Reuters reconstituiu os eventos que cercaram o funeral do pastor na remota cidade mineradora de ouro de Mongbwalu por meio de entrevistas com médicos, autoridades locais e parentes das vítimas, além de uma análise de registros hospitalares, de sepultamento e governamentais.

E o caixão quebrado foi apenas o começo. O cadáver foi transferido para uma nova urna por moradores que tocaram nos restos mortais antes que os membros da comunidade se reunissem para o funeral — uma ação perigosa se Makundi estivesse com Ebola, já que os corpos das vítimas são altamente infecciosos.

Em poucas semanas, dezenas de mortes foram registradas no local. Enquanto isso, o caixão original rachado foi incendiado em circunstâncias misteriosas, ajudando a espalhar boatos de que uma maldição causara a propagação da doença.

Um hospital de Bunia havia diagnosticado Makundi com peritonite, uma infecção abdominal grave, em 3 de fevereiro, de acordo com três médicos e uma enfermeira do local. Nenhuma amostra foi coletada para testes de Ebola, disseram eles, porque as autoridades congolesas não tinham conhecimento de nenhum surto.

David Heymann, professor de doenças infecciosas na Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, disse que a peritonite é uma das manifestações de uma infecção grave por Ebola, mas que seria impossível confirmar a causa da morte de Makundi sem a realização de testes. O caixão quebrado que transportava o pastor chegou na tarde de 4 de fevereiro a Mongbwalu, uma cidade de cerca de 130.000 habitantes, muitos deles temporários.

Dezenas de pessoas em luto haviam se reunido no terreno da família. O silêncio tomou conta do lugar enquanto o pai do pastor, Pascal Kibali, conhecido como Paka, inspecionava a caixa quebrada sob a luz do entardecer. Antes de se mudar para Bunia para se tornar clérigo, Makundi — mais conhecido como Paluku — tinha sido um pilar da comunidade étnica Nande em Mongbwalu e um dos fundadores da cooperativa local de carvão vegetal, contou Kibali, de 70 anos. Ele relembrou o que pensou na época: “Meu filho mais velho não pode ser enterrado em um caixão como esse”. Os parentes correram para comprar uma urna nova com um fabricante de caixões da região. O corpo foi transferido antes do pôr do sol, e um velório foi realizado no terreno da família antes do sepultamento no cemitério. Nos velórios tradicionais congoleses, as pessoas costumam tocar e beijar o corpo. Não ficou claro se essa tradição foi seguida nesse caso.

Mais de 80 parentes, amigos e vizinhos se reuniram no cemitério local ao anoitecer, de acordo com Edmond Kambale Katuwene, o líder da comunidade Nande na cidade. Um padre

conduziu as orações, pedindo que as pessoas em luto refletissem sobre a fragilidade da vida e se preparassem para o seu próprio fim, disse Katuwene. Nos dias seguintes, vários membros da comunidade começaram a adoecer, relatou o prefeito de Mongbwalu, Sesereki Mandro Israel. Quase 50 mortes foram registradas em até duas semanas após o sepultamento, disse ele, com muitas pessoas apresentando sintomas de Ebola: febre, vômito e sangramento.

O irmão do pastor Makundi, Idi, foi um dos primeiros. O mineiro de 36 anos morreu em 16 de fevereiro de uma suspeita de apendicite, de acordo com um relatório de situação de 16 de maio da autoridade de saúde provincial. Em poucas semanas, outro irmão e um parente morreram, de suspeita de hemorroidas e tuberculose, respectivamente, segundo o boletim, que sinalizou que as mortes precisavam de mais investigação.

As mortes dos parentes precederam pelo menos 108 mortes em Mongbwalu entre abril e maio, segundo o mesmo relatório da autoridade de Ituri, um braço do Ministério da Saúde. Pacientes em núcleos familiares desfaleceram com febre, vômito, diarreia e, em alguns casos, sintomas de hemorragia, informou o documento. Estas mortes estão entre as que estão sendo examinadas por investigadores que buscam mapear a propagação de Ebola, sendo a de Makundi o caso suspeito mais antigo, de acordo com o relatório. A doença, dizia o texto, pode ter se propagado de forma silenciosa e sem ser detectada em Mongbwalu por meses.

O Ministério da Saúde da RDC informou em 9 de junho que pelo menos 40 pessoas tiveram a morte por Ebola confirmada em Mongbwalu. Agentes humanitários alertaram que os números oficiais podem estar incompletos devido à limitação na realização de testes.

À medida que a tragédia se espalhava pela comunidade, moradores assustados buscavam respostas. Alguns não recorreram a clínicas ou laboratórios, mas sim aos eventos que cercaram o sepultamento do pastor Makundi.

Quando as orações terminaram e as famílias se afastaram do cemitério na noite quente, espalhou-se a notícia de que o caixão danificado havia sido incendiado.

Nenhum dos seis parentes e moradores entrevistados disse ter testemunhado o incêndio, embora todos tenham relatado ter visto os restos queimados do caixão. O pai e o tio do pastor Makundi culparam um grupo de jovens embriagados, mas não tinham mais detalhes. Toda a família ficou chocada e lutando para entender o que havia acontecido, acrescentaram. Entre os moradores, o caixão queimado foi visto como uma afronta aos antepassados, disse o líder comunitário Katuwene.

O mal-estar se intensificou após o sepultamento de Tsongo Kenda Kenda, irmão mais novo de Makundi, quando a polícia local interveio durante uma disputa entre parentes sobre a abertura do caixão, de acordo com o relatório de situação de 16 de maio da autoridade provincial. Katuwene disse que os membros da família haviam discutido sobre onde o velório deveria ser realizado e que um parente removeu a tampa do caixão em protesto antes de colocá-la de volta. Esse tipo de interferência é visto por muitos como um desrespeito aos mortos, acrescentou Katuwene.

Para alguns moradores, disse o Administrador-chefe do bairro, Joseph Payi Mute, as mortes subsequentes foram interpretadas não como obra de um vírus, mas como uma punição dos antepassados enfurecidos com o que havia ocorrido em torno dos sepultamentos dos dois irmãos.

Jeremy Rayan Tamelegu, que trabalhava como consultor de geologia de mineração no mesmo bairro da família do pastor, disse que o aumento inexplicável de doenças e mortes alimentou a narrativa da maldição. Ele viu pessoas do bairro adoecerem de repente e morrerem em poucos dias.

Logo a história ganhou vida própria nas redes sociais em Mongbwalu e nos arredores. O humor negro prevaleceu entre a população nervosa, chegando a levar um grupo musical local a gravar uma música sobre os boatos. Um dos trechos da letra dizia: “Ouvimos dizer que um caixão está vagando por Mongbwalu, deixando devastação pelo caminho”. A melodia ajudou a desencadear uma febre no TikTok em todo o leste da RDC, com usuários postando vídeos de caixões que pareciam se mover sozinhos por estradas de terra ou flutuar acima de moradores aterrorizados.

Quando os investigadores de saúde provinciais da busca pelo paciente zero chegaram a Mongbwalu, no início de maio, os boatos de maldição haviam se espalhado e alguns moradores haviam se tornado hostis em relação aos profissionais de saúde e autoridades, disse um investigador. A desconfiança se transformou em violência, de forma muito semelhante ao ocorrido em surtos anteriores de Ebola, quando muitos moradores locais culparam a medicina moderna pela peste.

Em 22 de maio, um número não especificado de jovens no vilarejo vizinho de Mabilindey atacou uma equipe de resposta que coletava informações sobre um caso confirmado de Ebola, de acordo com o epidemiologista da investigação do paciente zero. Um dia depois, agressores atearam fogo a uma tenda de isolamento montada por agentes humanitários no Hospital Geral de Mongbwalu.

Não foram apenas os médicos os culpados. O pai do pastor Makundi, Paka Kibali, disse que sua família tem sido injustamente acusada por alguns moradores locais de ter iniciado o surto por causa dos acontecimentos em torno dos dois sepultamentos. “Vandalizaram o caixão do meu filho e me culparam pelas mortes que se seguiram”, disse ele, em lágrimas. “No entanto, eu sou a vítima — foi o caixão do meu filho que foi profanado.”

Decisões do Presidente da RDC

Sob instruções do Presidente da República Félix Antoine Tshisekedi, a resposta contra a epidemia de Ebola está se intensificando. O governador militar de Ituri, General-Major Kasongo Mulumba Gaby, chegou a Bunia, viagem essa que demonstra a vontade do governo de colocar a luta sanitária sob a égide da disciplina republicana, fiel às diretrizes estabelecidas pela Presidência. Ao seu lado, um segundo contingente de epidemiologistas de campo foi enviado pela AFENET – African Field Epidemiology Network. Esses especialistas, habituados a zonas de crise, superaram importantes restrições logísticas. A falta de conexões aéreas e as restrições sanitárias vigentes tornavam o acesso a Bunia particularmente difícil.

Esta não é a primeira ação da AFENET. A organização já provou sua eficácia em Kivu do Norte, Kivu do Sul e Ituri, com 27 médicos implantados. Sob a supervisão do Dr. André Misomo Kalabele, gerente da ACODD[25], esta missão de 21 dias terá como alvo as áreas de Nyakunde,

[25] No contexto de emergências de saúde pública, assistência humanitária e desenvolvimento na República Democrática do Congo (RDC), ACODD é a sigla para *Action Communautaire pour le Développement Durable* (Ação Comunitária para o Desenvolvimento Sustentável). Trata-se de uma organização não governamental (ONG) local congolesa que atua frequentemente em parceria com o Ministério da Saúde,

Mungwalu e Rwampara. O objetivo é conter a propagação enquanto o leste do país, já castigado pela urgência de segurança ligada a grupos armados, enfrenta uma frente dupla.

Enquanto aguarda a chegada da vacina, a AFENET atua nos centros de tratamento criados pelo Estado congolês para o atendimento dos casos confirmados. Após um balanço da situação entre o General Luboya Nkashama Johnny e o General Kasongo Mulumba Gaby, está prevista uma reunião de coordenação com as equipes de resposta. O objetivo é alinhar as operações e garantir a máxima eficácia em campo.

a OMS e com redes internacionais (como a AFENET) para gerenciar crises sanitárias e coordenar equipes de resposta rápida no terreno, especialmente nas províncias do leste do país, como Ituri e Kivu do Norte.