Saúde em África: financiamento, força de trabalho e segurança sanitária na agenda regional

Salud en África: financiación, personal y seguridad sanitarios en la agenda regional

Health in Africa: financing, workforce and health security on the regional agenda

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

Resumo: O documento analisa os principais resultados da 76ª sessão do Comité Regional da OMS para a África e a atualização sanitária da quinzena de 18 a 31 de agosto. Destaca-se a aprovação de estratégias regionais para financiamento sustentável da saúde, fortalecimento da regulação de produtos médicos, desenvolvimento na primeira infância e agenda do pessoal de saúde 2026–2035. O texto enfatiza a necessidade de sistemas de saúde mais resilientes, maior mobilização de recursos internos, melhor formação, emprego e retenção de profissionais, além de proteção financeira das populações. Também aborda a criação da Plataforma Regional de Dados de Saúde, destinada a integrar informações sanitárias e apoiar decisões baseadas em evidências. Na atualização epidemiológica, o foco é a epidemia de Ebola Bundibugyo na República Democrática do Congo, marcada por expansão geográfica, alta letalidade bruta, subnotificação provável, impacto sobre serviços de rotina e dificuldades operacionais agravadas por conflito armado e deslocamentos populacionais. O contraste com Uganda mostra que rastreamento eficaz, isolamento precoce e ausência de conflito podem conter surtos. O documento ainda discute cólera, sarampo, rubéola, atrasos de vigilância, financiamento insuficiente da resposta e desafios no acesso a produtos médicos e vacinas.

Palavras-chave: Financiamento Sustentável da Saúde. Pessoal de Saúde. Regulação de Produtos Médicos. Desenvolvimento na Primeira Infância. Segurança Sanitária.

Resumen: *El documento analiza los principales resultados de la 76.ª sesión del Comité Regional de la OMS para África y la actualización sanitaria del período del 18 al 31 de agosto. Se destacan estrategias regionales sobre financiación sostenible de la salud, regulación de productos médicos, desarrollo en la primera infancia y personal sanitario 2026–2035. El texto subraya la necesidad de sistemas de salud más resilientes, mayor movilización de recursos internos, mejor planificación, formación, empleo y retención del personal sanitario, así como protección financiera para la población. También presenta la Plataforma Regional de Datos de Salud, diseñada para integrar información sanitaria y apoyar decisiones basadas en evidencias. En la actualización epidemiológica, el foco principal es la epidemia de Ebola Bundibugyo en la República Democrática del Congo, caracterizada por expansión geográfica, alta letalidad bruta, probable subregistro, presión sobre los servicios rutinarios y obstáculos operativos agravados por el conflicto armado y los desplazamientos. El caso de Uganda muestra que el rastreo de contactos, el aislamiento temprano y un contexto sin conflicto pueden contener brotes. El documento también aborda cólera, sarampión, rubéola, retrasos en la vigilancia, financiación insuficiente y desafíos relacionados con vacunas y acceso a productos médicos.*

Palabras clave: *Financiación Sostenible de la Salud. Personal Sanitario. Regulación de Productos Médicos. Desarrollo en la Primera Infancia. Seguridad Sanitaria.*

Abstract: *The document summarizes the main outcomes of the 76th session of the WHO Regional Committee for Africa and the public health update for 18–31 August. It highlights regional strategies on sustainable health financing, medical product regulation, early childhood development, and the 2026–2035 health workforce agenda. The text stresses the need for more resilient health systems, stronger domestic resource mobilization, improved planning, education, employment and retention of health workers, and better financial protection for populations. It also presents the Regional Health Data Platform, intended to integrate health information and support evidence-based decision-making. The epidemiological update focuses on the Ebola Bundibugyo outbreak in the Democratic Republic of Congo, marked by geographic expansion, high crude case fatality, likely underreporting, disruption of routine health services, and operational challenges worsened by armed conflict and population displacement. Uganda's contrasting experience suggests that effective contact tracing, early isolation and the absence of active conflict can help contain outbreaks. The document also discusses cholera, measles, rubella, surveillance delays, insufficient response financing, and challenges linked to vaccine use and access to medical products.*

Keywords: *Sustainable Health Financing. Health Workforce. Medical Product Regulation. Early Childhood Development. Health Security.*

76ª Sessão do Comité Regional da OMS para a África (AFR/RC76)

Os Ministros da Saúde dos 47 Estados-Membros da Região Africana da Organização Mundial da Saúde (OMS) abriram, no dia 24 de agosto, em Adis Abeba, a 76ª sessão do Comité Regional da OMS para a África, iniciando três dias de deliberações sobre políticas e prioridades que orientarão a Agenda da Saúde da Região no próximo ano e no futuro.

O Comité Regional, o mais alto órgão decisório da OMS na Região Africana, reúne ministros da saúde, altos funcionários governamentais, parceiros de desenvolvimento e peritos técnicos para analisar os progressos, abordar os desafios de saúde emergentes e aprovar estratégias regionais destinadas a reforçar os sistemas de saúde e a melhorar a saúde das pessoas em todo o continente.

Ao abrir a sessão, Taye Atske Selassie, Presidente da Etiópia, apelou a uma cooperação regional mais robusta e a um investimento sustentado em sistemas de saúde resilientes para melhorar a saúde das pessoas e apoiar o desenvolvimento de África.

"O próximo capítulo da saúde em África deve ser definido pela apropriação em vez da dependência, pela integração em vez da fragmentação e pela ação prática em vez das palavras. Devemos agir não apenas através de declarações, mas com um compromisso firme e ações mensuráveis", afirmou o Presidente Taye.

A Dra. Mekdes Daba, Ministra da Saúde da Etiópia, apelou a esforços para construir sistemas de saúde sustentáveis para o futuro de África, salientando que a Região enfrenta novos desafios, incluindo desigualdades persistentes, limitações de recursos, tecnologias emergentes, questões climáticas, transições demográficas e emergências de saúde cada vez mais complexas.

"Se agirmos em solidariedade, investirmos com propósito e inovarmos colocando a equidade no centro, poderemos construir uma África mais saudável, mais resiliente, mais autossuficiente e mais preparada para moldar o seu futuro", afirmou a Dra. Daba.

O Dr. Mohamed Janabi, Diretor Regional da OMS para a África, referiu que o Comité Regional reflete o empenho comum dos Estados-Membros em construir sistemas de saúde mais fortes, mais resilientes e autossuficiente através da ação coletiva e de soluções lideradas por África.

> *É particularmente apropriado que nos reunamos em Adis Abeba, a capital diplomática de África e sede da União Africana, onde gerações de líderes africanos se têm reunido para reforçar a solidariedade e moldar o futuro do nosso continente", afirmou o Dr. Janabi. "As decisões que tomarmos esta semana irão moldar políticas, orientar investimentos e influenciar as gerações futuras. Sejamos, por isso, ambiciosos na nossa visão, pragmáticos na ação e responsáveis pelos resultados.*

Os principais pontos da agenda incluem:

- Estratégia para reforçar o financiamento sustentável da saúde;
- Agenda para o Pessoal da Saúde em África 2026–2035, que pretende ajudar os países na educação, emprego e retenção de mais profissionais de saúde;
- Estratégia Regional para dar a todas as crianças o melhor início de vida através de um maior investimento no desenvolvimento na primeira infância;
- Análise de propostas para solidificar a regulamentação dos produtos médicos;
- Reforço da segurança sanitária e a preparação para emergências numa região que enfrenta mais emergências de saúde pública do que qualquer outra a nível mundial, numa região que enfrenta mais emergências de saúde pública do que qualquer outra a nível mundial, em que a República Democrática do Congo responde ao seu maior surto de Ebola;
- Revisão do Quadro Regional para reforçar as equipas médicas nacionais de emergência, para que os países possam responder de forma mais rápida e eficaz a surtos, catástrofes e outras emergências de saúde pública;
- Análise de um quadro para salvaguardar as conquistas de África na luta contra a poliomielite, preservando os sistemas de vigilância, os laboratórios, a força de trabalho qualificada e as capacidades de resposta a emergências desenvolvidas ao longo de décadas de esforços de erradicação;
- Como dados de melhor qualidade podem melhorar a saúde das pessoas através de uma nova Plataforma Regional de Dados de Saúde, concebida para ajudar os países a detectar mais cedo as ameaças à saúde, a direcionar os recursos de forma mais eficaz e a tomar decisões mais informadas;

- ❖ Análise do quadro estratégico a longo prazo intitulado «Uma nova era da saúde em África: ação unida para a visão 2035» que visa orientar a transformação da saúde liderada por África através de Atenção Primária mais forte, sistemas de saúde resilientes, financiamento sustentável, transformação digital e maior apropriação pelos países.

As Decisões e Resoluções adoptadas durante o Comité Regional vão ajudar a redefinir políticas nacionais de saúde, fortalecer a colaboração regional e orientar o apoio da OMS aos Estados-Membros no próximo ano, promovendo simultaneamente esforços a longo prazo para construir sistemas de saúde mais fortes e melhorar a saúde das pessoas em toda a Região Africana.

Adoção de Estratégia para fortalecer os Sistemas de Regulamentação Médica

Como contextualização, milhões de pessoas em África dependem de medicamentos, vacinas, testes de diagnóstico e dispositivos médicos sem terem em consideração os sistemas que garantem que estes sejam seguros, eficazes e de boa qualidade. Por detrás de cada produto que chega a um doente está um sistema regulador que trabalha para proteger a saúde pública.

Durante o Comitê Regional, os Ministros da Saúde tomaram um passo importante para reforçar esses sistemas, aprovando uma nova Estratégia Regional que ajudará os países a melhorar a regulamentação dos produtos médicos ao longo da próxima década.

A nova Estratégia Regional para a Regulamentação dos Produtos Médicos (2026-2035) chega numa altura em que os países estão a alargar o acesso a produtos de saúde essenciais, a reforçar o fabrico local e a preparar-se para futuras emergências de saúde pública. Sistemas regulamentares eficazes são fundamentais no âmbito destes esforços, garantindo que os medicamentos, as vacinas, os produtos do sangue, os meios de diagnóstico e os dispositivos médicos cumprem de forma consistente os padrões internacionalmente aceites de qualidade, segurança e eficácia.

Ao longo da última década, a Região Africana tem feito progressos no reforço dos sistemas regulamentares. A iniciativa de Harmonização da Regulamentação dos Medicamentos em África expandiu a colaboração entre os países, enquanto a Agência Africana de Medicamentos entrou em funcionamento, criando oportunidades de cooperação regulamentar em todo o continente. O número de Autoridades Reguladoras nacionais que atingiram o Nível de Maturidade 3 da OMS, um valor de referência reconhecido internacionalmente, indicando sistemas regulamentares estáveis e funcionais, aumentou de um em 2018, para oito em 2025. No entanto, persistem lacunas significativas, ao mesmo tempo que a maioria dos países continuam a fortalecer a sua capacidade reguladora.

O Dr. Mohamed Yakub Janabi, Diretor Regional da OMS para a África, afirmou:

> *Sistemas regulamentares fortes protegem vidas, reforçam a confiança nos sistemas de saúde e criam as bases para a inovação e o fabrico a nível local, e um acesso mais rápido a produtos de saúde de qualidade garantida. Esta estratégia reflete o nosso compromisso coletivo em garantir que todas as pessoas em África possam beneficiar de produtos médicos em que possam confiar.*

A nova estratégia traça um roteiro para a próxima década com o objetivo de reforçar os sistemas regulamentares em toda a Região. Visa aumentar o número de autoridades reguladoras que atingem o Nível de Maturidade da OMS 3, apoiar o desenvolvimento de autoridades reguladoras que funcionem a níveis de desempenho reconhecidos internacionalmente, reforçar a Agência Africana de Medicamentos, alargar o uso de sistemas de regulamentação digital e melhorar a preparação para futuras emergências de saúde pública.

Reconhecendo que nenhum país pode enfrentar sozinho desafios regulamentares cada vez mais complexos, a estratégia promove ainda uma maior colaboração através de avaliações conjuntas de produtos, inspeções partilhadas e uma maior dependência das decisões regulamentares tomadas por autoridades de confiança. Estas abordagens ajudarão a melhorar a eficiência, a reduzir a duplicação e a acelerar o acesso a produtos médicos de qualidade garantida, ao mesmo tempo que fazem o melhor uso dos recursos limitados.

À medida que os países implementam a estratégia, ao longo da próxima década, espera-se que sistemas regulamentares mais robustos melhorem o acesso a produtos médicos de qualidade garantida, reforcem a confiança do público nos sistemas de saúde e apoiem a ambição crescente de África em fabricar e regular uma percentagem maior dos produtos de saúde de que as suas populações necessitam. Em conjunto, estes esforços ajudarão a construir sistemas regulamentares resilientes que protejam a saúde pública, apoiem a cobertura universal de saúde, reforcem a segurança sanitária e promovam o desenvolvimento sustentável em toda a Região Africana.

Aprovação da Agenda 2026–2035 relativa ao Pessoal de Saúde em África

Os Ministros da Saúde partiram da triste realidade vivida há muito tempo de que a Região enfrenta um paradoxo assinalável no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo que as unidades de saúde enfrentam dificuldades em termos de escassez de força de trabalho, estima-se que **um milhão de profissionais de saúde qualificados estejam desempregados**, sendo os novos licenciados particularmente afetados. Mais de metade dos enfermeiros, médicos e parteiras recém-qualificados em vários países não consegue garantir emprego logo após a licenciatura, realçando a necessidade urgente de alinhar melhor a formação do pessoal de saúde com a criação de emprego, o financiamento sustentável e o planeamento da força de trabalho a longo prazo.

Esta Agenda marca uma mudança decisiva da política de **simplesmente formar mais profissionais de saúde**, para uma de reforço dos mercados de trabalho no sector da saúde através de um melhor **planejamento**, **formação**, **emprego** e **retenção**. Requer investimentos coordenados para garantir que os países têm a força de trabalho competente, motivada e com o apoio adequado necessária para satisfazer as crescentes necessidades de saúde em África.

Este compromisso surge num momento crucial para o pessoal de saúde em África. O pessoal de saúde na Região aumentou substancialmente na última década, atingindo cerca de 5,72 milhões de profissionais de saúde em 2024. No entanto, África continua a ter apenas cerca de 46% da força de trabalho de que precisa, deixando milhões de pessoas sem acesso adequado aos serviços essenciais de saúde. Sem uma ação decisiva, a Região poderá enfrentar uma escassez de mais de 6 milhões de profissionais de saúde até 2035.

O Dr. Mohamed Yakub Janabi, Diretor Regional da OMS para a África, afirmou:

> *Hoje, África assumiu um compromisso coletivo para transformar um dos alicerces dos seus sistemas de saúde, a sua população. Ao adoptarem a Agenda 2026–2035 relativa ao Pessoal de Saúde em África, os nossos Estados-Membros reconheceram que a* ***formação dos profissionais de saúde representa apenas o início****. Devemos também criar as oportunidades, o apoio e as condições que lhes permitam servir, crescer e prosperar nos locais onde são mais necessários. Esta Agenda transforma os dados factuais em medidas, e os compromissos políticos em investimento duradouro no pessoal de saúde em África e, em última análise, na saúde e no bem-estar das nossas populações.*

A Agenda relativa ao Pessoal de Saúde oferece aos países um roteiro prático para reforçar os mercados de trabalho no sector da saúde, melhorando o planeamento da força de trabalho, alargando o acesso à formação de qualidade, criando oportunidades de emprego e mantendo profissionais de saúde qualificados onde são mais necessários. Apela também a uma ação coordenada nos sectores da saúde, educação, finanças, trabalho e serviço público para garantir que os investimentos se traduzam num melhor acesso a serviços de saúde de qualidade.

Além disso, a Agenda relativa ao Pessoal de Saúde revela que existe um forte argumento económico para investir no pessoal de saúde. Os dados mais recentes mostram que colmatar o défice de pessoal de saúde em África exigiria um investimento adicional de cerca de 4 a 6 dólares americanos por pessoa por ano, gerando simultaneamente retornos económicos e sociais significativos. Cada dólar investido no pessoal de saúde pode gerar até 10 dólares em retornos económicos e cerca de trinta vezes o seu valor em benefícios sociais mais amplos, através de populações mais saudáveis, maior produtividade e economias mais fortes. Estas conclusões reforçam que um investimento nos profissionais de saúde não é apenas uma prioridade de saúde, é um investimento inteligente no futuro de África.

A Agenda 2035 relativa ao Pessoal de Saúde em África baseia-se nos alicerces estabelecidos pela **Carta de Investimento no Pessoal de Saúde em África**[1], reafirmando o compromisso dos Estados-Membros em investir no pessoal de saúde como motor de sistemas de saúde mais fortes, populações mais saudáveis e desenvolvimento sustentável. Ao traduzir esse compromisso num roteiro claro de ação, proporciona aos países uma orientação prática para planear, formar, empregar e reter os profissionais de saúde necessários para satisfazer as necessidades de saúde de África atuais e futuras.

Com a adopção da Agenda 2035 relativa ao Pessoal de Saúde em África, os Estados-Membros criaram um roteiro partilhado para construir a força de trabalho da saúde competente, com apoio adequado e distribuída de forma equitativa necessária para satisfazer as necessidades de saúde em evolução da Região. Em última análise, o seu sucesso será medido não pelo número de políticas adoptadas, mas pelo número de profissionais de saúde capacitados para servir as suas comunidades e pelos milhões de pessoas adicionais que passam a ter acesso aos serviços de saúde de qualidade de que necessitam.

[1] A Carta sobre o Investimento na Força de Trabalho de Saúde e de Cuidados em África (*Africa Health and Care Workforce Investment Charter*) foi formalmente lançada em maio de 2024 sob a liderança do CDC África e da OMS AFRO, em parceria com governos e organismos internacionais.

Nova Estratégia Regional para as Crianças

Na nota introdutória à Estratégia, é reiterado que o futuro da África está a ser moldado nesta sessão do Comitê Regional. Não nas salas de Conselhos de Administração ou nos Parlamentos, mas antes do nascimento e nos primeiros anos de vida de uma criança. Até 2050, em cada cinco crianças nascidas no mundo, duas serão africanas. No entanto, hoje em dia, até dois terços das crianças na África Subsaariana podem nunca alcançar o seu pleno potencial de desenvolvimento, limitando as suas oportunidades e prejudicando a saúde, a prosperidade e o crescimento económico futuros do continente.

Para enfrentar este desafio, o Comitê Regional adotou a nova Estratégia Regional para dar a todas as crianças o melhor início possível na vida.

Os primeiros anos de vida estabelecem as bases para a saúde, a aprendizagem e o bem-estar ao longo da vida. No entanto, milhões de crianças em toda a Região ainda não têm as condições necessárias para prosperar: boa nutrição, serviços de saúde de qualidade, cuidados reativos, oportunidades de brincar e aprender precocemente, apoio e bem-estar para os cuidadores, e ambientes seguros e acolhedores. A Estratégia Regional para a Promoção dos Resultados do Desenvolvimento na Primeira Infância na Região Africana da OMS (2026-2032) reflete um compromisso comum dos países em reforçar os sistemas e aumentar os serviços e o apoio às crianças, às famílias e às comunidades desde o início da vida, para que todas as crianças possam sobreviver, prosperar e alcançar todo o seu potencial.

Investir nas crianças pequenas não é apenas um imperativo moral, mas também uma das escolhas mais inteligentes que os países podem fazer. Os dados factuais mostram que cada dólar investido no desenvolvimento na primeira infância pode gerar retornos entre 6 e 17 dólares, através de uma melhor saúde, de resultados de aprendizagem mais sólidos e de uma maior produtividade. À medida que os países africanos trabalham para acelerar o desenvolvimento sustentável, dar às crianças o melhor início na vida constitui uma enorme oportunidade para construir sociedades mais saudáveis, economias mais robustas e um futuro mais próspero.

> *Cada criança nascida em África carrega a promessa do nosso futuro. Esse futuro é moldado no útero, no lar e nas comunidades onde as crianças recebem os cuidados, a nutrição, a proteção e as oportunidades de que necessitam para prosperar, apoiadas por sistemas sociais e de saúde reativos. Ao apoiar as crianças desde os primeiros anos de vida, os países estão a construir famílias mais fortes, comunidades mais saudáveis e um continente mais próspero*
>
> **Dr. Mohamed Janabi, Diretor Regional da OMS para a África**

A estratégia apela a uma ação coordenada em todos os sectores da saúde, nutrição, proteção social, água e saneamento, educação, finanças e outros, reconhecendo que nenhum sector por si só pode satisfazer as necessidades das crianças. No seu cerne está o compromisso de apoiar os pais, os cuidadores e as comunidades, que desempenham o papel mais importante em ajudar as crianças a sobreviver, crescer, aprender e prosperar.

A estratégia incentiva os países a reforçar a monitorização do desenvolvimento, alargar o apoio às crianças com atrasos ou incapacidades de desenvolvimento, melhorar os serviços

para os pais e os cuidadores, e melhorar os sistemas nacionais de dados para acompanhar melhor os progressos e orientar futuros investimentos nas crianças pequenas.

A OMS continuará a apoiar os Estados-Membros através de orientações técnicas, reforço das capacidades, apoio a políticas e parcerias mais robustas à medida que os países transformam a estratégia em ação. Ao agir precocemente e trabalhar em conjunto, a Região pode ajudar milhões de crianças a crescer, aprender e prosperar.

Eliminação de múltiplas doenças em África: celebrar as conquistas e acelerar os progressos

No 2º evento paralelo, os Ministros da Saúde, os parceiros de desenvolvimento, os chefes da União Africana e as instituições regionais de saúde concordaram numa agenda continental renovada para acelerar a eliminação de múltiplas doenças na Região, comprometendo-se a garantir que a eliminação das doenças continue a ser uma prioridade numa agenda mais ampla da saúde e do desenvolvimento.

Reunidos durante o 2º evento paralelo ministerial de alto nível realizado à margem do Comité Regional estes líderes do setor da saúde aprovaram igualmente o Apelo à Ação de Adis Abeba para a proteção e a aceleração da eliminação de múltiplas doenças em África, que visa reforçar a apropriação nacional, aumentar os investimentos internos no setor da saúde e fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde, para que sejam capazes de responder a múltiplos desafios de saúde pública. Esta reunião decorreu numa altura em que a Região está a alcançar progressos significativos na eliminação e no controlo das doenças que há muito sobrecarregam as comunidades. Na última década, por exemplo, registraram-se progressos significativos na eliminação das doenças tropicais negligenciadas. A lepra foi quase completamente eliminada como problema de saúde pública na Região, com apenas um país ainda por atingir a meta de eliminação. Além disso, até à data, 41 países africanos foram certificados como livres da dracunculose[2], uma infecção parasitária debilitante. Só em 2025, o Burundi, a Mauritânia e o Senegal eliminaram o tracoma; o Níger tornou-se o primeiro país africano a eliminar a oncocercose; e a Guiné e o Quénia eliminaram a doença do sono[3]. Em outras áreas de doenças, o Botsuana alcançou o estatuto de escalão de excelência na Via para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV enquanto problema de saúde pública, e Cabo Verde, Maurícia e Seicheles eliminaram o sarampo e a rubéola.

Segundo o Dr. Mohamed Janabi, Diretor Regional da OMS para a África:

> *Enquanto Região, demos grandes passos no sentido da eliminação de múltiplas doenças. Estas realizações realçam o impacto de um compromisso político sustentado, de sistemas de saúde robustos e de parcerias eficazes. O que precisamos agora é de manter estas conquistas, investir mais e avançar.*

O Apelo à Ação de Adis Abeba destacou a necessidade de ir além das intervenções específicas para cada doença, adotando abordagens integradas que reforcem os cuidados de

[2] No Brasil, a dracunculose é conhecida popularmente como doença do verme-da-guiné (ou medina).
[3] Tripanossomíase Humana Africana (THA).

saúde primários e promovam soluções intersetoriais que beneficiem simultaneamente vários programas de controlo de doenças.

Os parceiros reafirmaram o seu empenho em apoiar os esforços de eliminação liderados pelos países e sublinharam a necessidade de uma colaboração contínua para garantir que as realizações recentes sejam mantidas e alargadas por forma a beneficiar mais comunidades em toda a Região.

Apesar destes avanços, os participantes reconheceram os desafios persistentes, incluindo as restrições de financiamento, a integração limitada dos programas de doenças nos sistemas nacionais de saúde, a fraca capacidade de diagnóstico e de gestão de dados, e a insegurança em alguns países. Estes desafios, observaram, podem inverter os ganhos arduamente conquistados se não forem enfrentados por meio de uma ação coordenada e de um investimento sustentado.

A OMS reafirmou o seu compromisso em trabalhar com os Estados-Membros, o Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças e os parceiros para prestar apoio técnico, facilitar as parcerias e monitorizar os progressos rumo às metas de eliminação.

O Coronel-Major Dr. Garba Hakimi, Ministro da Saúde Pública, População e Assuntos Sociais do Níger, afirmou:

> *O apelo à ação desta reunião reflete a determinação coletiva da Região para proteger os ganhos arduamente conquistados e garantir que os esforços de eliminação permaneçam uma prioridade. Ao reforçarmos a liderança nacional e investirmos em sistemas de saúde resilientes, podemos acelerar os progressos e melhorar a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas em toda a Região.*

Aprovado o roteiro para financiamento sustentável da saúde

É triste saber que mais de 385 milhões de pessoas na Região Africana são empurradas para a penúria ou para uma pobreza ainda mais profunda todos os anos por causa de despesas diretas com a saúde. Ao mesmo tempo, os governos deparam-se crescentemente com pressões financeiras nacionais enquanto a despesa pública vai estagnando, o fardo da dívida vai aumentando e a assistência externa está em declínio.

Por isso mesmo, os Ministros da Saúde aprovaram uma nova Estratégia que estabelece um Roteiro para o Financiamento Sustentável da Saúde na próxima década. Trata-se de ajudar os países a construir sistemas de saúde mais resilientes e autossuficiente.

A Estratégia para financiar o futuro da saúde na Região Africana da OMS (2026–2035) responde a um dos desafios mais prementes da Região: garantir que todas as pessoas podem continuar a ter acesso a serviços de saúde de qualidade sem terem de passar por dificuldades financeiras, mesmo quando os países se orientam por realidades económicas em mutação. A estratégia promove uma maior mobilização de recursos internos, um uso mais eficiente dos recursos disponíveis e sistemas de financiamento mais bem preparados para suportar abalos futuros.

Nas últimas duas décadas, os países da Região toda introduziram importantes reformas no tocante ao financiamento da saúde. Ainda assim, os progressos permanecem desiguais. Os

pagamentos diretos dos agregados familiares continuam a representar uma média de 35% das despesas atuais com a saúde, muito acima do valor de referência da OMS que se cifra em 20%, simultaneamente muitos países ainda estão fortemente dependentes do financiamento externo numa altura em que se prevê uma retração significativa da ajuda ao desenvolvimento. Em muitos países de baixos rendimentos, o serviço da dívida ultrapassa agora a despesa do Estado com a saúde, exercendo uma pressão adicional sobre sistemas de saúde de si já sobrecarregados.

O Dr. Mohamed Janabi, Diretor Regional da OMS para a África, disse:

> *A saúde é um dos melhores investimentos que um país pode fazer. Contudo, financiar a saúde de forma sustentável exige mais do que aumentar os recursos, pressupõe que se façam investimentos mais inteligentes, mais justos e mais resilientes capazes de proteger as pessoas de dificuldades financeiras e, simultaneamente, de reforçar os sistemas de saúde. Esta estratégia reflete o nosso compromisso partilhado em garantir que todos os investimentos em saúde trazem maior valor para as populações africanas.*

A estratégia delineia sete áreas prioritárias de ação, incluindo o reforço da governação do financiamento da saúde, o aumento da mobilização de recursos internos, a melhoria da agregação de fundos da saúde, a melhoria da estratégia de aquisição de serviços de saúde, a modernização da gestão das finanças públicas e o reforço do financiamento das funções essenciais de saúde pública. Em conjunto, estas reformas visam melhorar a eficiência, alargar a proteção financeira e garantir que recursos limitados geram maior impacto na saúde.

Até 2035, a estratégia pretende fazer com que 56% dos Estados-Membros apresentem aumentos sustentados na despesa pública com saúde, 56% melhorem a proteção financeira das suas populações e 75% se dotem de estratégias nacionais de financiamento da saúde atualizadas, que apoiem uma mobilização e um uso eficaz dos recursos. Procura igualmente obter progressos regionais sustentados na redução do número de pessoas empurradas para a pobreza por causa de despesas incorridas com a sua saúde.

O financiamento da saúde vai muito além dos orçamentos. Trata-se de garantir que as famílias têm a possibilidade de procurar cuidados sem temer dificuldades financeiras, que os sistemas de saúde se mantêm resilientes em tempos de crise e que os países têm os recursos necessários para proteger e melhorar a saúde das suas populações. Através desta Estratégia, os países africanos comprometeram-se a construir sistemas de financiamento mais sustentáveis, equitativos e resilientes para as gerações vindouras.

Plataforma Regional de Dados de Saúde em África

Durante este Comitê Regional, a OMS AFRO lançou a Plataforma Regional de Dados de Saúde, uma nova plataforma digital que reúne dados sanitários dispersos e os transforma em informações úteis para uma melhor tomada de decisões sanitárias em toda a Região Africana.

Como premissa para esta nova Plataforma, a OMS informou que todos os dias, os governos tomam decisões que afetam a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas, desde a resposta a surtos de doenças e a melhoria dos serviços de saúde materno-infantil até ao planeamento do pessoal de saúde e ao investimento em sistemas de saúde mais robustos. No entanto, estas decisões são muitas vezes tomadas com base em informações dispersas por

vários sistemas, o que torna difícil obter uma visão completa e atempada da saúde da população.

A fragmentação dos dados tem consequências de ordem prática. Os esforços para reduzir a mortalidade materna, por exemplo, dependem da combinação de informações sobre cuidados pré-natais, assistência qualificada ao parto, serviços de emergência obstétrica, disponibilidade de pessoal de saúde e abastecimento de medicamentos. Demasiadas vezes, estas informações encontram-se armazenadas em sistemas distintos. Ao reunir estes conjuntos de dados, a Plataforma Regional de Dados de Saúde ajuda os decisores a identificarem as populações com serviços deficitários, a direcionarem os recursos para onde eles fazem mais falta e a tomarem decisões mais informadas, capazes de melhorar os resultados em matéria de saúde.

A Plataforma Regional de Dados de Saúde é uma plataforma digital partilhada ao serviço dos 47 Estados-Membros da Região Africana da OMS. Permite que os governos, as instituições de saúde pública, os pesquisadores, os parceiros de desenvolvimento e outras partes interessadas tenham acesso à informação de saúde harmonizada, monitorizem as tendências, comparem os progressos e gerem os dados factuais necessários para tomar decisões informadas. Através de uma plataforma *online* segura, os utilizadores podem aceder a dados integrados, ao mesmo tempo que os países mantêm total propriedade sobre as suas informações.

O Dr. Mohamed Yakub Janabi, Diretor Regional OMS para a África, afirmou:

> *Na nossa região, nenhuma decisão de saúde deve ser tomada às cegas. Todas as políticas, os investimentos e as medidas destinadas à melhoria da saúde da população devem ser fundamentados em dados factuais fiáveis e em evidências científicas robustas. A Plataforma Regional de Dados de Saúde reflete o nosso compromisso em assegurar que os países têm acesso atempado aos dados factuais de que precisam para antecipar desafios, direcionar recursos para onde eles são mais necessários e melhorar a saúde e o bem-estar das suas populações.*

A plataforma integra informações provenientes de vários programas sanitários – incluindo saúde materna, neonatal, infantil e adolescente, doenças não transmissíveis, doenças infecciosas e sistemas de saúde – num único sistema interoperável. Através de painéis interativos, mapas e ferramentas analíticas, a plataforma permite que os utilizadores explorem tendências, monitorizem os progressos rumo à cobertura universal de saúde e gerem informações úteis para uma tomada de decisões atempada, integrada e baseada em dados factuais.

A Plataforma complementa os sistemas de informação de saúde que já existem em cada país, em vez de os substituir. Os países mantêm a propriedade dos seus dados, ao mesmo tempo que beneficiam de normas comuns que melhoram a interoperabilidade, reforçam a qualidade dos dados e facilitam a partilha segura de informações. Está atualmente a ser desenvolvido um quadro de governança regional, o qual irá promover ainda mais a transparência, a prestação de contas e a gestão responsável dos dados, contribuindo para reforçar a confiança na utilização de informação de saúde em toda a Região.

A Plataforma também integra análises avançadas e funcionalidades baseadas em Inteligência Artificial (IA) que ajudam a elaborar previsões, a analisar tendências e a gerar dados factuais. À medida que forem faseadamente introduzidos mais conjuntos de dados, indicadores e ferramentas analíticas, a plataforma continuará a aumentar a sua capacidade para promover um planejamento proativo, uma melhor afetação de recursos e o desenvolvimento de sistemas de saúde mais resilientes em toda a região.

Dados de melhor qualidade, por si só, não conduzem automaticamente a melhores resultados em saúde. A sua utilização na tomada de decisões informadas e eficazes é o que permite gerar impactos positivos na saúde das populações. Ao proporcionar aos países um acesso mais rápido a informação de saúde fiável, integrada e com aplicabilidade prática, a Plataforma vai ajudar a transformar informações em dados factuais, dados factuais em ações e ações em melhores resultados sanitários para milhões de pessoas em toda a Região Africana.

Síntese das quatro resoluções estratégicas adotadas na 76ª sessão do Comité Regional da OMS para a África

1. AGENDA PARA O PESSOAL DE SAÚDE EM ÁFRICA 2026-2035 (AFR/RC76/WP1)

Desafios Principais

A região enfrenta uma escassez crônica de profissionais de saúde, projetando-se uma queda modesta de 6,1 milhões para cerca de 5,85 milhões de profissionais até 2030. Esta crise é intensificada pelo desemprego de graduados qualificados, distribuição desigual da força de trabalho, lacunas nas competências clínicas e baixa retenção em áreas rurais ou desfavorecidas. As limitações orçamentais e o desalinhamento entre formação e necessidades reais do mercado agravam as restrições estruturais.

Ações Prioritárias para os Estados-Membros

- Institucionalizar análises do mercado de trabalho de saúde e a coordenação multissetorial.
- Elaborar e implementar planos e pactos nacionais de investimento integrados nos orçamentos estatais e em quadros de despesas de médio prazo.
- Transformar os sistemas de educação médica, focando no ensino baseado em competências, acreditação e mecanismos rígidos de garantia de qualidade.
- Expandir o espaço orçamental para contratação de pessoal, melhorar salários e condições laborais, priorizando a retenção em zonas rurais.
- Integrar ferramentas digitais e inovação, como as Contas Nacionais do Pessoal de Saúde, para orientar decisões baseadas em dados.
- Promover a mobilidade e migração internacional responsável de profissionais de saúde em conformidade com o Código de Conduta da OMS.

Apoio Técnico Solicitado à OMS (Diretor Regional)

- Implementar a iniciativa regional “Planear-Formar-Reter” como plataforma de assistência técnica e capacitação.

- Criar o Comité Consultivo Africano de Investimento no Pessoal da Saúde para fortalecer a responsabilização.

- Fornecer diretrizes e ferramentas para apoiar reformas educativas e análises de mercado.

- Desenvolver tabelas de pontuação regionais para monitorização e relatórios de progresso periódicos.

2. DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA 2026-2032 (AFR/RC76/WP2)

Desafios Principais

Há uma profunda disparidade regional no desenvolvimento infantil. Muitas crianças correm o risco de não atingir o seu potencial pleno devido à malnutrição, pobreza, violência, estimulação inadequada e condições precárias de saúde mental de seus cuidadores. Persistem também falhas na estruturação de políticas multissetoriais e na mensuração consistente do progresso nacional.

Ações Prioritárias para os Estados-Membros

- Assumir a liderança e assegurar financiamento doméstico sustentável e estável para programas de desenvolvimento na primeira infância (DPI).

- Integrar o DPI de forma transversal em todos os setores governamentais e de desenvolvimento nacional.

- Criar ou fortalecer comités multissetoriais formais de coordenação liderados pelo governo.

- Assumir responsabilidade direta pelo cumprimento das metas através da elaboração de relatórios trienais de monitorização.

Apoio Técnico Solicitado à OMS (Diretor Regional)

- Realizar advocacia internacional para mobilizar investimentos em prol de ambientes de cuidados integrados.

- Fornecer orientação política com foco na equidade social e em abordagens baseadas em direitos.

- Apoiar os Estados-Membros no aperfeiçoamento dos sistemas de informação e na adoção de indicadores e ferramentas de medição para acompanhar os resultados principais de DPI.

3. ESTRATÉGIA PARA FINANCIAR O FUTURO DA SAÚDE 2026-2035 (AFR/RC76/WP3)

Desafios Principais

Fragilidades estruturais severas e pressões orçamentais críticas ameaçam a segurança sanitária e a cobertura universal de saúde. Os principais entraves incluem a estagnação do investimento público em saúde, taxas catastróficas pagas do próprio bolso pelos utentes, endividamento soberano crescente e declínio projetado no financiamento de doadores internacionais.

Ações Prioritárias para os Estados-Membros

- Elevar a saúde a prioridade máxima nas agendas de desenvolvimento nacional e aumentar a mobilização de recursos domésticos.
- Estabelecer e equipar unidades dedicadas de economia e financiamento da saúde nos ministérios da saúde.
- Reforçar a colaboração intersetorial entre os ministérios da Saúde, das Finanças e do Planeamento.
- Eliminar a fragmentação e duplicidade financeira sob o princípio de "um só plano, um só orçamento", integrando progressivamente os fundos externos nos sistemas de gestão das finanças públicas nacionais.
- Instituir as Contas Nacionais de Saúde para monitorar regularmente as despesas de saúde e avaliar o impacto das dificuldades financeiras sobre os cidadãos.

Apoio Técnico Solicitado à OMS (Diretor Regional)

- Lançar um programa de referência dedicado especificamente a catalisar o financiamento sustentável e a soberania da saúde na região.
- Oferecer assessoria técnica para subsidiar reformas fiscais nacionais e otimização de recursos.
- Facilitar a produção de dados factuais de economia da saúde e incentivar a partilha de experiências Sul-Sul.
- Apoiar o alinhamento de parceiros externos e impulsionar a canalização de verbas de doadores por meio de estruturas públicas.

4. REGULAÇÃO DOS PRODUTOS MÉDICOS NA REGIÃO AFRICANA 2026-2035 (AFR/RC76/WP4)

Desafios Principais

Lacunas severas nos sistemas regulatórios facilitam a penetração de produtos médicos de qualidade inferior e falsificados. Há uma necessidade urgente de capacitar as autoridades reguladoras nacionais de medicamentos (ARNM) para encurtar prazos de ensaios clínicos e licenciamentos, além de ampliar o espectro de fiscalização regulatória para incluir dispositivos médicos, sangue, bioterapêuticos e biossimilares.

Ações Prioritárias para os Estados-Membros

- Atualizar, harmonizar e aplicar leis de regulação farmacêutica alinhadas com as diretrizes regionais.
- Estruturar autoridades reguladoras nacionais robustas mediante investimentos em infraestrutura, recursos financeiros e formação de quadros.
- Engajar-se ativamente em avaliações conjuntas regionais, inspeções partilhadas e regimes de confiança regulatória mútua para reduzir duplicações de processos.
- Estabelecer vias rápidas de licenciamento e assegurar o controle de qualidade rigoroso de insumos médicos durante emergências de saúde pública.

- Promover a partilha sistemática e transparente de dados regulatórios com as autoridades homólogas nacionais, com as comunidades económicas regionais e com a Agência Africana de Medicamentos (AAM).

Apoio Técnico Solicitado à OMS (Diretor Regional)

- Assessorar os governos no desenvolvimento e revisão de diretrizes e quadros regulatórios baseados em boas práticas regulamentares.
- Promover a capacitação e avaliação comparativa das ARNM recorrendo à Ferramenta Mundial de Avaliação Comparativa (GBT) da OMS.
- Fomentar a cooperação, avaliações conjuntas e acordos de confiança mútua entre países, trabalhando de perto com a AAM.
- Fornecer orientações específicas sobre vias céleres de aprovação e regulação para emergências sanitária.

Atualização

Ebola Bundibugyo na RD Congo: epidemiologia, resposta regional e financiamento

A epidemia de Bundibugyo domina a quinzena

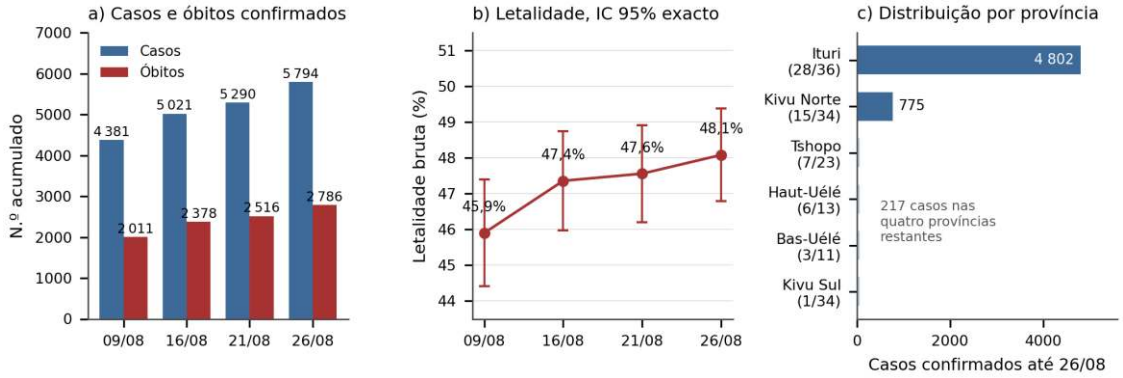
Ainda nesta quinzena atualizamos os dados da epidemia de doença por vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo. A 18 de Agosto o Comité de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional reuniu-se pela segunda vez e concluiu que o evento continua a preencher os critérios de emergência de saúde pública de âmbito internacional, mas não os de emergência pandémica (OMS, 24/08/2026). O relatório da reunião, publicado a 28 de agosto, descreve uma expansão de 3 zonas de saúde a 17 de maio para 55 a 12 de agosto, 49 com transmissão ativa, tempo de duplicação dos óbitos de 21 dias e número reprodutivo efetivo de 1,55 (OMS, 28/08/2026). Até 26 de Agosto tinham sido notificados 5 794 casos confirmados e 2 786 óbitos no país, em 60 zonas de saúde de seis províncias, com Ituri como epicentro (OMS, 28/08/2026).

Convém olhar para a série com algum cuidado. Entre 9 e 26 de agosto os casos confirmados subiram 32,3% e os óbitos 38,5%, e a letalidade bruta passou de 45,9% para 48,1% (Figura 1). Um numerador que cresce mais depressa do que o denominador, num surto ainda em expansão, é o padrão típico de viés de averiguação: com confirmação laboratorial post mortem em comunidade, a morte é frequentemente o acontecimento que dá origem à notificação, ao passo que os casos ligeiros e moderados só entram no registo se alguém os procurar. O próprio Comité de Emergência estima que as infecções reais sejam três a quatro vezes o número notificado e que apenas cerca de 20% dos casos tenham sido identificados por rastreio de contatos. Se a subnotificação for dessa ordem, a letalidade da infecção situa-se bem abaixo da letalidade bruta aqui apresentada. Em sentido contrário atua um segundo viés, o dos desfechos ainda não resolvidos, que subestima a letalidade num surto em crescimento. Os dois efeitos não se anulam de forma previsível e nenhum destes valores deve ser lido como uma estimativa estável da gravidade clínica.

Há também divergência entre fontes sobre o mesmo indicador. A 17 de Agosto o Africa CDC referia mais de 5 000 casos e mais de 2 320 óbitos (Africa CDC, 17/08/2026); o relatório de situação 14 da OMS, com dados de 16 de agosto, indicava 2 378 óbitos confirmados e letalidade

de 47,4% (OMS AFRO, 16/08/2026). A diferença é pequena em termos absolutos, mas mostra que não se trata da mesma série: as datas de corte, os critérios de confirmação e o tratamento dos casos prováveis não coincidem. Comparar valores de comunicados institucionais com valores de relatórios epidemiológicos, sem verificar a data de referência, produz variações artificiais na letalidade que se prestam a leitura errada.

Figura 1: Doença por vírus Bundibugyo na RD Congo.



(a) Casos e óbitos confirmados acumulados em quatro leituras entre 9 e 26 de agosto de 2026, correspondendo aos relatórios de situação 13 e 14 da OMS AFRO, ao comentário conjunto OMS/Africa CDC de 25/08 e ao Disease Outbreak News 616. (b) Letalidade bruta com intervalo de confiança de 95% exato (Clopper-Pearson) nas mesmas datas. (c) Casos confirmados por província até 26/08, com o número de zonas de saúde afetadas em cada uma entre parênteses.

Fonte: OMS

Entre os profissionais de saúde, 158 infecções e 45 óbitos até 20 de agosto (OMS, 25/08/2026), o que corresponde a 28,5% (IC 95% 21,6 a 36,2). O intervalo é largo e não permite distinguir esta letalidade da observada na população geral; ainda assim, a perda de 45 profissionais num sistema já frágil tem consequências de capacidade que nenhum indicador de letalidade capta.

Concentração geográfica e trajetória

A epidemia é geograficamente muito concentrada, e isso tem consequências operacionais que os totais nacionais escondem. Dos 5 794 casos confirmados até 26 de agosto, 4 802 estão em Ituri, ou seja 82,9%, e 775 no Kivu Norte, 13,4%; as quatro províncias restantes somam 217 casos, 3,7% do total. As 60 zonas de saúde afetadas repartem-se por 28 das 36 zonas de Ituri, 15 das 34 do Kivu Norte, 7 das 23 de Tshopo, 6 das 13 do Haut-Uélé, 3 das 11 do Bas-Uélé e apenas 1 das 34 do Kivu Sul (Figura 1c). Na véspera da publicação do *Disease Outbreak News* tinham sido notificados 81 novos casos confirmados em 24 horas, provenientes de 19 zonas de saúde.

A leitura destes dois números em conjunto é o que importa. Uma epidemia com mais de quatro quintos dos casos numa só província, mas com incidência diária espalhada por 19 zonas de saúde, está simultaneamente concentrada em massa e dispersa em frentes. Concentração favorece a resposta, porque permite alocar meios; dispersão anula essa vantagem, porque obriga a manter equipas em muitos locais ao mesmo tempo. O Comité de Emergência identificou quinze zonas de saúde como as de maior risco de expansão adicional. Nas províncias com poucas zonas atingidas, sobretudo o Kivu Sul com uma única zona, ainda

existe margem para conter antes da instalação; é aí que o retorno de um destacamento adicional seria maior, e é aí que a informação disponível publicamente é mais escassa.

Quanto à trajetória, o Comité de Emergência estimou um número reprodutivo efetivo de 1,55 e um tempo de duplicação dos óbitos de 21 dias. Convém explicitar o que isso significa em aritmética simples, sem transformar a projeção em previsão: mantendo-se esse tempo de duplicação e partindo dos 2 786 óbitos de 26 de agosto, chegar-se-ia a cerca de 4 400 em meados de setembro e a cerca de 5 600 no fim do mês. O cálculo assume constância da transmissão, da notificação e da resposta, três coisas que raramente permanecem constantes, e ignora a depleção de susceptíveis nas zonas mais atingidas. Serve como ordem de grandeza do que está em causa se nada mudar, não como estimativa. A capacidade instalada dá a medida da distância a percorrer: cerca de 1 000 leitos de tratamento disponíveis para uma necessidade estimada de 3 000, e 274 dos 455 elementos previstos pela OMS destacados no terreno, com 94 organizações parceiras envolvidas e falhas geográficas por cobrir. O encerramento dos aeroportos de Goma e Bukavu interrompeu cadeias de abastecimento, e o conflito armado, com mais de um milhão de deslocados, condiciona tudo o resto.

Uganda encerra o seu surto: um contraste que não é uma comparação

A 27 de Agosto, dentro do período de referência, o Uganda encerrou o seu surto após 42 dias consecutivos sem casos confirmados, contados a partir da alta do último doente a 16 de julho (OMS AFRO, 27/08/2026). O balanço foi de 20 casos confirmados, 15 importados da RDC e 5 de aquisição local, com 2 óbitos e 18 recuperados, e mais de 800 contatos identificados e seguidos. O surto tinha sido declarado a 15 de maio, no mesmo momento que o congolês.

A tentação de comparar as duas letalidades é imediata e deve ser resistida. Em Uganda morreram 2 de 20 doentes, 10,0%, com intervalo exato de 1,2% a 31,7%; na RDC, 48,1%, com intervalo de 46,8% a 49,4%. Os intervalos nem sequer se sobrepõem, mas isso não autoriza a conclusão de que o cuidado clínico ugandês foi quatro vezes melhor. Vinte casos detectados a partir de mais de oitocentos contatos seguidos descrevem um sistema que encontrou também os doentes ligeiros e moderados; a RDC, com cerca de 20% dos casos identificados por rastreio de contatos e infecções estimadas em três a quatro vezes o notificado, está a detectar sobretudo os casos graves e fatais. A diferença de letalidade mede, em boa parte, a diferença de averiguação, e só residualmente a diferença de tratamento. A gravidade real do vírus não muda ao atravessar uma fronteira.

O que o caso ugandês mostra de forma defensável é outra coisa, e é anterior à clínica: com transmissão em cadeia curta, rastreio de contatos que funciona e isolamento precoce, um surto de filovírus continua a ser controlável em poucos meses. Dos 20 casos, 15 foram importações e apenas 5 resultaram de transmissão local, o que indica que as cadeias secundárias foram interrompidas cedo. Não se trata de um país com mais recursos, mas de um país sem conflito armado ativo na zona afetada e com experiência acumulada de resposta a filovírus. Atribuir o desfecho à qualidade da liderança, como fizeram os comunicados da quinzena, é plausível, mas não verificável com os dados disponíveis; a ausência de conflito é, à partida, a explicação mais parcimoniosa.

Deslocamento da vigilância e serviços de rotina

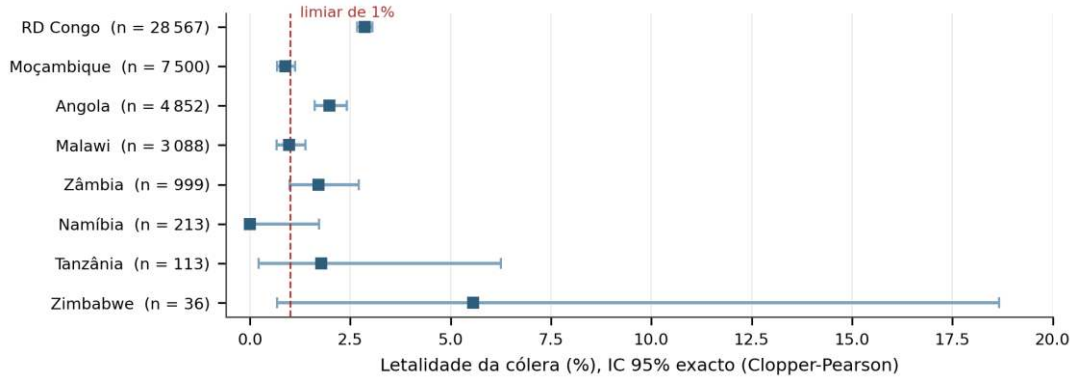
O efeito mais preocupante da quinzena não está nos números do Ebola. O Comité de Emergência registou uma queda superior a 40% na utilização dos serviços de saúde nas zonas

afetadas e a duplicação dos óbitos maternos em Ituri desde maio. Trata-se de um deslocamento clássico: a resposta a um agravo absorve recursos, pessoal e confiança da população, e a notificação de tudo o resto cai. A queda que se vai observar nas séries de sarampo, cólera ou malária em Ituri nos próximos meses não deve ser lida como redução de incidência. É, em boa parte, redução de detecção. A decisão da Gavi de reservar parte dos 13 milhões de USD anunciados a 20 de agosto para proteger a vacinação de rotina de 1,17 milhões de crianças com menos de 2 anos vai no sentido certo, e reconhece implicitamente este problema (Gavi, 20/08/2026).

A cólera na região ilustra o outro lado da questão, o do atraso das séries. A atualização epidemiológica multipaís da OMS mais recente é a n.º 38, publicada a 30 de junho com dados até 31 de maio (OMS, 30/06/2026). Nenhuma atualização foi publicada durante a quinzena, o que significa que hoje, 31 de agosto, o quadro regional de cólera está a ser lido com três meses de desfasamento. Entre janeiro e maio de 2026 os oito países da SADC com dados notificados somavam 45 368 casos e 1 028 óbitos, isto é, 73,3% dos casos e 83,6% dos óbitos da Região Africana. A letalidade agregada foi de 2,3% (IC 95% 2,13 a 2,41), acima do limiar de 1% habitualmente usado como referência de adequação do acesso ao tratamento.

A Figura 2 mostra por que razão a ordenação de países por letalidade é enganadora quando os denominadores são muito diferentes. O Zimbabwe apresenta a letalidade pontual mais alta, 5,6%, mas com apenas 36 casos o intervalo exato vai de 0,68% a 18,66%: é compatível com um desempenho melhor do que o de Moçambique e com um desempenho catastrófico, e não sustenta qualquer interpretação. Isso vale para a Tanzânia, com 113 casos. Já a RD Congo, com 28 567 casos, tem um intervalo estreito, de 2,66% a 3,05%, e aí a letalidade acima de 2% é um sinal consistente de acesso tardio ao tratamento. Nenhuma destas comparações identifica causas: diferenças de definição de caso, de cobertura da confirmação laboratorial e de mistura urbano-rural pesam tanto quanto a qualidade do cuidado.

Figura 2: Letalidade da cólera em países da SADC com dados notificados, 1 de janeiro a 31 de maio de 2026, com intervalo de confiança de 95% exato (Clopper-Pearson). Fonte: actualização epidemiológica multipaís n.º 38 da OMS, publicada a 30 de junho de 2026. A ausência de dados de um país não significa ausência de cólera.



Fonte: OMS

Na África do Sul, o NICD publicou a 24 de agosto o boletim da semana 33, com 3 891 casos de sarampo confirmados por laboratório desde o início de 2026 e 144 novos casos na semana, distribuídos por todas as nove províncias, além de 480 casos de rubéola, a maioria em crianças de 1 a 14 anos (NICD, 24/08/2026). É uma das poucas séries da região com publicação semanal regular e desfasamento curto, cerca de oito dias entre o fim do período de referência

e a publicação, o que a torna útil como referência de comparação para avaliar o atraso das restantes.

Financiamento: intenção declarada e compromisso quantificado

O plano continental conjunto de preparação e resposta ao Ebola, lançado a 5 de junho, pede 518 milhões de USD para seis meses, até novembro (OMS, 05/06/2026). Contra esse valor, os anúncios da quinzena são modestos: 13 milhões da Gavi a 20 de agosto e uma doação da Tanzânia à RDC no valor de 220 milhões de xelins tanzanianos, decidida na reunião de ministros da saúde da África Oriental em Dar es Salaam, a 19 de agosto (Africa CDC, 19/08/2026). A contribuição maior continua a ser a do *Pandemic Fund*, 220,6 milhões de USD ativados a 29 de maio, dos quais 175,7 milhões por reprogramação de projetos já existentes na RDC, Tanzânia, Zâmbia, Angola e outros (Pandemic Fund, 29/05/2026). Reprogramação não é dinheiro novo. O que financia a resposta ao Ebola em Angola ou na Zâmbia deixa de financiar aquilo para que tinha sido aprovado, e o custo dessa substituição só aparecerá nas séries de rotina desses países mais tarde.

Vale a pena confrontar esta situação com a linguagem dos documentos regionais. O comunicado da 46.ª Cimeira da SADC, realizada em Durban a 17 de agosto, agradece o apoio de Angola, África do Sul e Zimbabwe à resposta na RDC e inscreve o financiamento da saúde entre as prioridades identificadas na revisão intercalar do RISDP, sem fixar metas (SADC, 17/08/2026). A declaração conjunta dos ministros das finanças e da saúde da SADC, adoptada em Harare a 2 e 3 de julho, lista seis ações prioritárias, entre elas a operacionalização dos Serviços de Compra Conjunta da SADC e a troca de dívida por saúde, também sem valores nem prazos (SADC, 03/07/2026). Entre a intenção declarada e o compromisso quantificado continua a existir uma distância que nenhum comunicado resolve. A frase repetida em Harare, de que a preparação é sempre mais barata do que a resposta, é correta, e o custo de a ignorar está a ser pago agora em Ituri.

O contexto de financiamento da região explica parte da dificuldade em mobilizar recursos para esta resposta. O relatório do Diretor Regional da OMS, que cobre o período de 1 de Julho de 2025 a 30 de Junho de 2026, quantifica uma queda de cerca de 20% no financiamento internacional para a saúde num único ano a nível mundial, cerca de 25% na África subsaariana e uma redução próxima de 67% nas contribuições do maior doador bilateral (OMS AFRO, jul/2026). O congelamento de 170 milhões de USD da USAID para doenças tropicais negligenciadas atingiu 16 Estados-membros. Do lado doméstico, o gasto público em saúde está em média nos 7,3% da despesa pública total, pouco menos de metade da meta de 15% da Declaração de Abuja de 2001, e o pagamento direto pelas famílias ronda os 36% da despesa em saúde. Pedir 518 milhões de USD em seis meses a um conjunto de doadores que acaba de cortar um quarto do que dava não é o mesmo exercício que era há dois anos, e é sobre esse pano de fundo que devem ser lidos os 13 milhões da Gavi. A associação entre o corte de ajuda e o desempenho da resposta é plausível, mas não está demonstrada: faltam dados para separar o efeito do financiamento do efeito do conflito armado, que na RDC oriental é a variável de confundimento mais evidente.

Sobre o acesso a produtos médicos, nada de substantivo se publicou nesta quinzena, e a ausência é ela própria informativa. A negociação do anexo sobre acesso a agentes patogénicos e partilha de benefícios, que condiciona a entrada em vigor do acordo pandémico, ficou parada desde a sétima reunião do grupo intergovernamental, de 6 a 17 de julho; a VIII reunião só está

marcada para 14 a 18 de setembro (OMS, 20/07/2026). Os pontos por resolver são precisamente os que interessam à região: os contratos que sustentam o mecanismo, a estrutura da rede laboratorial de partilha de sequências e a definição do que conta como benefício. Uma epidemia de filovírus a decorrer num Estado-membro africano, com uma vacina cuja eficácia contra a espécie em causa não está estabelecida, é o argumento mais concreto disponível a favor de um anexo com obrigações vinculativas, e mesmo assim o calendário não se alterou.

A vacinação com Ervebo em profissionais de saúde começou a 27 de agosto na RDC, incluindo Kisangani, na província de Tshopo. A OMS é explícita ao afirmar que não se sabe se a Ervebo confere proteção contra o vírus Bundibugyo em humanos, e recomenda que a introdução decorra em paralelo com ensaios clínicos. É uma decisão defensável, tomada com evidência insuficiente. Se o efeito for nulo, terá havido consumo de reserva estratégica sem benefício, e é por isso que a avaliação concomitante não é um detalhe metodológico.