Entre a emergência e a prevenção: dilemas persistentes da arquitetura global da saúde

Entre la emergencia y la prevención: dilemas persistentes de la arquitectura global de la salud

Between Emergency and Prevention: persistent dilemmas in the global health architecture

Paula Reges, Luana Bermudez, Luiz Augusto Galvão

Resumo: A governança da saúde global atravessa um período de intensa transformação, impulsionado por negociações multilaterais, pela atualização de recomendações baseadas em evidências e pela resposta a emergências sanitárias. Entre os principais avanços, destacam-se as negociações do Anexo de Acesso a Patógenos e Partilha de Benefícios (PABS) do Acordo sobre Pandemias da Organização Mundial da Saúde (OMS), que evidenciam diferentes perspectivas sobre os mecanismos de compartilhamento de patógenos, repartição de benefícios e fortalecimento da equidade entre países. Paralelamente, a atualização das diretrizes da OMS para redução do risco de declínio cognitivo e demência reforça a prevenção como estratégia prioritária, enfatizando a atuação sobre fatores de risco modificáveis, como atividade física, alimentação saudável, controle de doenças cardiometabólicas, interação social e redução da exposição à poluição do ar. No contexto das emergências sanitárias, a resposta ao surto de Ebola por vírus Bundibugyo demonstra avanços expressivos no desenvolvimento acelerado de diagnósticos, terapêuticos e vacinas, alinhados à Missão dos 100 Dias, ao mesmo tempo em que evidencia os desafios persistentes relacionados à vigilância epidemiológica, ao acesso oportuno aos serviços de saúde, ao financiamento sustentável e à coordenação internacional. Em conjunto, esses temas ilustram a crescente integração entre ciência, inovação, políticas públicas e cooperação multilateral como elementos essenciais para fortalecer a preparação, a prevenção e a resposta às futuras emergências de saúde pública.

Palavras-chave: Saúde global; Organização Mundial da Saúde; Governança em saúde; Acordo sobre Pandemias; PABS; Demência; Prevenção; Ebola Bundibugyo; Contramedidas médicas; Cooperação internacional.

Resumen: *La gobernanza sanitaria mundial atraviesa un periodo de intensa transformación, impulsada por negociaciones multilaterales, la actualización de recomendaciones basadas en la evidencia y la respuesta a emergencias sanitarias. Entre los avances clave se encuentran las negociaciones del Anexo sobre Acceso a Patógenos y Distribución de Beneficios (PABS, por sus siglas en inglés) del Acuerdo sobre Pandemias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pone de relieve diferentes perspectivas sobre los mecanismos de distribución de patógenos, la distribución de beneficios y el fortalecimiento de la equidad entre países. Simultáneamente, las directrices actualizadas de la OMS para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia refuerzan la prevención como estrategia prioritaria, haciendo hincapié en la acción sobre factores de riesgo modificables como la actividad física, la alimentación saludable, el control de las enfermedades cardiometabólicas, la interacción social y la reducción de la exposición a la contaminación atmosférica. En el contexto de las emergencias sanitarias, la respuesta al brote*

del virus del Ébola de Bundibugyo demuestra un progreso significativo en el desarrollo acelerado de diagnósticos, terapias y vacunas, en consonancia con la Misión de los 100 Días, al tiempo que pone de relieve los desafíos persistentes relacionados con la vigilancia epidemiológica, el acceso oportuno a los servicios de salud, la financiación sostenible y la coordinación internacional. En conjunto, estos temas ilustran la creciente integración de la ciencia, la innovación, las políticas públicas y la cooperación multilateral como elementos esenciales para fortalecer la preparación, la prevención y la respuesta ante futuras emergencias de salud pública.

Palabras clave: *Salud global; Organización Mundial de la Salud; Gobernanza en salud; Acuerdo sobre Pandemias; PABS; Demencia; Prevención; Ébola de Bundibugyo; Contramedidas médicas; Cooperación internacional.*

Abstract*: Global health governance is undergoing a period of intense transformation, driven by multilateral negotiations, the updating of evidence-based recommendations, and responses to health emergencies. Key developments include negotiations regarding the Pathogen Access and Benefit-Sharing (PABS) annex of the World Health Organization (WHO) Pandemic Agreement, which highlight differing perspectives on mechanisms for pathogen sharing, benefit-sharing, and the strengthening of equity among nations. Concurrently, updated WHO guidelines on reducing the risk of cognitive decline and dementia reinforce prevention as a priority strategy, emphasizing action on modifiable risk factors such as physical activity, healthy nutrition, the management of cardiometabolic diseases, social interaction, and the reduction of exposure to air pollution. In the context of health emergencies, the response to the Bundibugyo ebolavirus outbreak demonstrates significant progress in the accelerated development of diagnostics, therapeutics, and vaccines—aligned with the "100 Days Mission"—while also highlighting persistent challenges regarding epidemiological surveillance, timely access to health services, sustainable financing, and international coordination. Together, these issues illustrate the growing integration of science, innovation, public policy, and multilateral cooperation as essential elements for strengthening preparedness, prevention, and response regarding future public health emergencies.*

Keywords*: Global health; World Health Organization; Health governance; Pandemic Agreement; PABS; Dementia; Prevention; Bundibugyo Ebola; Medical countermeasures; International cooperation.*

Sétima Rodada do IGWG: Uma Encruzilhada na Partilha de Patógenos para Pandemias

Quando os negociadores do Grupo de Trabalho Intergovernamental (IGWG) da OMS se reuniram em Genebra para a sua sétima ronda de conversações, restava uma tarefa estreita, mas persistente. O Acordo sobre Pandemias da OMS foi adotado em maio de 2025 ao abrigo do Artigo 19 da Constituição da OMS para reforçar a prevenção, preparação e resposta a pandemias. O que continua por concluir é um único anexo: aquele que estabeleceria um sistema funcional de Acesso a Patógenos e Partilha de Benefícios (PABS). O anexo PABS destina-se a definir como os patógenos perigosos são partilhados (acesso) durante emergências de saúde pública e como partilhar quaisquer produtos médicos (benefícios) produzidos em resultado do acesso dos fabricantes a essa informação. Acertar nesse mecanismo dá dentes às promessas de equidade do Acordo; deixá-lo vago mantém-nas no plano das intenções (1).

A sessão, que encerrou na última sexta-feira, produziu uma clareza de tipo difícil. Em vez de convergir para um único texto, os Estados-Membros apresentaram duas visões concorrentes. A África uniu-se em torno de um modelo "federado", enquanto a União Europeia e os seus aliados de países desenvolvidos apoiaram um modelo "híbrido".

A Argélia, falando em nome da região africana da OMS mais o Egito, a Somália e o Sudão (o Grupo África Plus), defendeu o desenho federado. Tal como o grupo o formulou, seria uma arquitetura construída em torno de nós nacionais e regionais soberanos, interligados através de um índice e catálogo de metadados alojado pela OMS, com identificadores únicos e persistentes que garantem a rastreabilidade de ponta a ponta dos materiais biológicos e da informação de sequências de patógenos. O objetivo de toda essa rastreabilidade é a exigência de cumprimento: no modelo, o acesso é condicionado a compromissos vinculativos de partilha de benefícios no ponto de utilização, tratando a informação de sequências digitais e os materiais físicos em paridade. Em termos simples, quem quiser aceder a material patogênico terá de assinar contratos que o comprometam a partilhar quaisquer benefícios. A Argélia foi mais longe, pedindo um tratamento mais robusto dos derivados e da propriedade intelectual, para que as obrigações de partilha de benefícios não possam ser contornadas através da inovação a jusante, e insistindo que a implementação seja acompanhada de apoio financeiro, técnico e de capacitação para os países em desenvolvimento, em particular para os laboratórios nacionais e para os que participam na Rede de Laboratórios Coordenada pela OMS (WCLN).

O contraste com a proposta europeia foi nítido. O modelo "híbrido" da UE combina medidas obrigatórias e voluntárias para a partilha de informação sobre patógenos e dos benefícios daí decorrentes. Prevê tanto um sistema global PABS controlado pela OMS, funcionando através da WCLN com alguns compromissos de partilha de benefícios, como processos nacionais em que os países podem partilhar material patogênico com grupos e laboratórios fora do sistema PABS formal, segundo termos mutuamente acordados. Foi precisamente essa via paralela que suscitou a objeção africana; a Argélia advertiu contra abordagens que diluam as condicionalidades de acesso ou deixem abertos canais paralelos que possam perpetuar o status quo que falhou durante a COVID.

Apesar da distância entre os dois campos, a liderança da OMS optou por ler a semana como movimento e não como impasse. O Diretor-Geral, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, observou que, no início da semana, o acesso e a partilha de benefícios começaram por parecer dois lados de uma discussão, mas que, no final, mais delegados começavam a vê-los novamente como duas metades de uma mesma promessa. Ainda assim, alertou que as questões pendentes não são pequenas e que subsistem lacunas reais que merecem seriedade na próxima sessão. De forma encorajadora, relatou que muitos membros lhe tinham dito que concluir o anexo este ano é possível.

Esse otimismo assenta sobre um pano de fundo longo e árduo. O IGWG foi criado pela Assembleia Mundial da Saúde através da resolução WHA78.1, com a tarefa prioritária de redigir e negociar o sistema PABS. A esperança original de concluir a tempo da Assembleia de maio de 2026 esvaiu-se; no sexto encontro, os Estados-Membros concluíram que era necessário mais tempo e acordaram que o trabalho continuasse, com o resultado a ser apresentado à Assembleia seguinte em maio de 2027, ou mais cedo através de uma sessão especial em 2026.

A sétima rodada marcou também uma mudança de guarda. Quando o grupo voltar a reunir-se, de 14 a 19 de setembro, várias figuras centrais já não farão parte do processo,

incluindo o copresidente Matthew Harpur, do Reino Unido, e as vice-presidentes Madeleine Heywood, da Austrália, e a Dr.ª Hanan Al Kuwari, do Catar. Heywood, sublinhando quão longo tem sido o processo, recordou que o seu bebé tinha seis meses quando as conversações começaram e tem agora cinco anos e meio, e apelou aos delegados que continuem a falar e a ouvir-se uns aos outros, procurando pontos de entendimento comum.

O que essa rodada fixou, portanto, não foi o anexo, mas a forma do debate em torno dele: uma escolha real entre um sistema único e rastreável que condiciona o acesso à partilha, e um enquadramento mais flexível que preserva canais nacionais paralelos.

Próximos passos

- Nova rodada de negociações (14–19 de setembro de 2026): o IGWG volta a reunir-se em Genebra para tentar reconciliar os modelos "federado" e "híbrido" — a tarefa central que a sétima ronda deixou em aberto.
- Propostas textuais firmes da África: as capitais africanas indicaram que continuam a consultar sobre o desenho do modelo federado e esperam regressar à mesa com composições firmes e propostas de texto concretas.
- Questões por resolver: o tratamento dos derivados e da propriedade intelectual, a existência (ou não) de canais nacionais paralelos, e o apoio financeiro, técnico e de capacitação aos países em desenvolvimento continuam entre os pontos mais sensíveis.
- Nova liderança do IGWG: com a saída do copresidente e de vice-presidentes de longa data, a próxima sessão decorrerá sob nova condução, o que poderá influenciar o ritmo e a dinâmica das negociações.
- Meta temporal: o objetivo é submeter o anexo PABS concluído à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2027, com a possibilidade de uma sessão especial ainda em 2026, caso haja consenso — meta que o Diretor-Geral considera ainda alcançável dentro deste ano.
- Verificação oficial: os resultados formais e o texto revisto do anexo deverão ser confirmados nos documentos oficiais da série A/IGWG/7 da OMS quando forem publicados.

As diretrizes da OMS (2.ª edição, 2026) sobre Redução do risco de declínio cognitivo e demência

A demência é hoje um dos principais desafios de saúde pública em escala global e uma das principais causas de incapacidade e dependência entre pessoas idosas. Mais de 57 milhões de pessoas vivem com demência em todo o mundo, e cerca de 10 milhões recebem um novo diagnóstico a cada ano. A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência e estima-se que responda por 60 a 70% dos casos. O peso da condição vai além da saúde: ela afeta a independência, a dignidade e a segurança da pessoa, e impõe encargos substanciais a famílias e cuidadores. Para dimensionar esse impacto econômico, um estudo recente estimou que a demência custa aos países europeus de alta renda mais de 221 bilhões de euros por ano, com as famílias entre as mais afetadas (2).

Diante da ausência de tratamentos modificadores da doença ou de cura amplamente acessíveis, a prevenção e a redução de risco ao longo do curso da vida permanecem as estratégias mais eficazes para reduzir a incidência futura. É nesse ponto que reside a mensagem central e encorajadora das diretrizes: embora não exista cura, até 45% dos riscos podem ser atribuídos a fatores de risco modificáveis, como o tabaco, o consumo de álcool, o isolamento social, a inatividade física, a poluição do ar e doenças não transmissíveis, incluindo hipertensão arterial e diabetes.

Publicadas em 15 de julho de 2026 (2), as diretrizes fornecem recomendações atualizadas e baseadas em evidências sobre intervenções para reduzir o risco de declínio cognitivo e demência, sendo concebidas para ajudar profissionais de saúde, formuladores de políticas e outras partes interessadas a fortalecer a ação sobre a redução do risco de demência como estratégia essencial de saúde pública, especialmente diante da ausência de tratamento curativo amplamente disponível. A OMS lançou oficialmente o documento num webinar global em 16 de julho de 2026, com a participação de pessoas com experiência vivida, especialistas científicos e representantes de países.

As diretrizes foram elaboradas com rigor metodológico e ampla participação de especialistas europeus e internacionais. A OMS encomendou uma série de revisões sistemáticas do estado da arte (n = 16) sobre a redução do risco de demência para atualizar as recomendações de 2019. As evidências relativas a cada fator de risco foram geradas por meio dessas revisões e avaliadas com a estrutura GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Developmentand Evaluation), que classifica a qualidade das evidências segundo a consistência dos achados e a qualidade dos estudos incluídos. O painel de desenvolvimento reuniu especialistas em prática clínica, pesquisa, políticas de saúde e elaboração de diretrizes, ao lado de pessoas com experiência vivida da condição. Como resultado desse processo, a certeza das evidências que sustentam cada recomendação varia de muito baixa a moderada ou alta, um grau de transparência que ajuda o leitor a ponderar a força de cada orientação.

As diretrizes consolidam as recomendações em torno de três grandes eixos: comportamentos, condições clínicas e fatores ambientais.

Comportamentos e estilo de vida. Entre as intervenções que promovem estilos de vida saudáveis, recomendam-se o treino e a estimulação cognitiva e o engajamento em atividades sociais para adultos com cognição normal ou comprometimento cognitivo leve. Somam-se a estas o aumento da atividade física, a cessação do tabagismo, a redução do consumo de álcool e a adoção de uma dieta saudável. A dimensão social ganhou destaque particular: cerca de uma em cada quatro pessoas idosas se sente isolada e, segundo os autores, a eliminação da solidão poderia prevenir cerca de 5% dos casos de demência, uma vez que a interação social ajuda a construir maior reserva cognitiva. As diretrizes recomendam ainda a participação em intervenções multidomínio de estilo de vida, que combinam vários fatores simultaneamente.

Gestão de condições clínicas. O manejo de condições cardiometabólicas como hipertensão, diabetes e colesterol elevado também pode ajudar a reduzir o risco de demência. Além disso, aparelhos auditivos podem ser oferecidos como parte das estratégias de redução de risco. As recomendações abrangem igualmente o controle da obesidade e da dislipidemia, com certeza de evidência que varia de muito baixa a baixa ou moderada.

Fatores ambientais. Uma das novidades mais significativas desta edição é ambiental. A poluição do ar passou a ser oficialmente reconhecida como fator de risco para a demência —

indiscutivelmente o maior acréscimo da orientação de 2026. Enquanto os esforços de prevenção anteriores se concentravam sobretudo no estilo de vida e na saúde cardiovascular, a OMS agora afirma que a exposição ao ar poluído deve ser vista como parte da redução do risco de demência. Ao nível populacional, recomenda-se especificamente a redução da exposição à poluição do ar doméstico.

O documento também é explícito sobre intervenções que não devem ser adotadas com a finalidade de reduzir o risco de demência. Como intervenção específica, não se recomenda a suplementação com vitaminas B e E, ácidos graxos poli-insaturados ômega-3 e multivitamínicos/minerais na ausência de deficiência diagnosticada, dada a falta de evidências de benefícios que superem eventuais efeitos nocivos. A recomendação contra o uso rotineiro desses suplementos, salvo deficiência identificada, é apontada como uma das adições mais relevantes da atualização. As diretrizes também desaconselham o uso de terapia hormonal da menopausa para a redução do risco de demência.

A publicação é transparente quanto aos seus limites, o que reforça sua credibilidade científica. Para vários fatores de risco, as evidências disponíveis foram consideradas insuficientes para embasar recomendações formais — entre eles o manejo da depressão, do acidente vascular cerebral, do traumatismo cranioencefálico, da deficiência visual, de fatores relacionados ao sono e do HIV. Esses temas são sinalizados como áreas prioritárias para pesquisas futuras, orientando a agenda científica dos próximos anos.

A segunda edição das diretrizes da OMS reforça a redução do risco de demência como estratégia essencial de saúde pública, dirigida simultaneamente a profissionais de saúde, formuladores de políticas e à população em geral. Ao articular comportamentos saudáveis, gestão de condições clínicas e redução da exposição a fatores ambientais — e ao delimitar com honestidade o que ainda não se sabe —, o documento oferece um roteiro prático para integrar a prevenção da demência em políticas, serviços e programas. Num contexto de envelhecimento populacional e de custos crescentes, a mensagem de que quase metade do risco é potencialmente evitável transforma a prevenção no caminho mais promissor disponível.

Sessenta dias da resposta ao Ebola por vírus Bundibugyo: avanços em contramedidas médicas e desafios para cumprir a Missão dos 100 DiasSessenta dias da resposta ao Ebola por vírus Bundibugyo: avanços em contramedidas médicas e desafios para cumprir a Missão dos 100 Dias

Sessenta dias após a declaração da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) para o surto de doença pelo vírus Ebola (espécie Bundibugyo), na República Democrática do Congo (RDC) e em Uganda, observa-se uma aceleração importante dos esforços internacionais para o desenvolvimento e disponibilização de contramedidas médicas (3). Inserida no contexto da Missão dos 100 Dias (100 Days Mission – 100DM), a resposta tem buscado reduzir o intervalo entre a identificação de um patógeno emergente e a disponibilização de diagnósticos, terapêuticos e vacinas, objetivo considerado estratégico para a preparação e resposta a futuras emergências sanitárias.

No campo do diagnóstico, houve avanços relevantes tanto na ampliação da capacidade regulatória quanto na inovação tecnológica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu um novo teste molecular para detecção do vírus Ebola em sua Lista de Uso Emergencial (Emergency Use Listing – EUL), ampliando o conjunto de ferramentas disponíveis para diagnóstico laboratorial. Paralelamente, a Fundação Bill & Melinda Gates lançou uma chamada para

propostas voltada ao desenvolvimento de plataformas descentralizadas capazes de detectar orthoebolavírus, contemplando desde biomarcadores e validação de amostras até testes utilizáveis em campo, sistemas de vigilância e garantia da qualidade. Complementando essas iniciativas, prossegue a validação dos candidatos diagnósticos selecionados por meio da iniciativa BRIDGE-Access, conduzida em parceria entre Africa CDC, OMS, PATH, FIND e Unitaid, com acordos específicos voltados à promoção do acesso equitativo às tecnologias desenvolvidas.

Os avanços terapêuticos também representam um marco importante da resposta atual. Em julho de 2026, teve início na RDC o recrutamento de participantes para o estudo clínico PARTNERS, apenas sete semanas após a declaração do surto. O ensaio avaliará a eficácia do anticorpo monoclonal MBP134 e do antiviral remdesivir, tanto isoladamente quanto em combinação, buscando determinar seu impacto sobre a sobrevida de pacientes com infecção por Bundibugyo ebolavirus. Adicionalmente, foi iniciado o estudo EBO-PEP, destinado a avaliar o uso do antiviral oral obeldesivir como profilaxia pós-exposição entre contatos de alto risco na RDC e em Uganda. Para grupos excluídos do protocolo principal, como crianças, gestantes e lactantes, foi estabelecido um protocolo específico de uso compassivo de remdesivir intravenoso, evidenciando esforços para ampliar o acesso às opções terapêuticas durante a emergência.

Na área de vacinas, registraram-se avanços significativos no desenvolvimento clínico. A autoridade regulatória do Reino Unido autorizou o início do primeiro estudo de fase I da vacina ChAdOx1-BDBV, desenvolvida pela Universidade de Oxford em apenas oito semanas após o início da emergência. O ensaio clínico avaliará inicialmente a segurança e a imunogenicidade do imunizante em adultos saudáveis, enquanto o Serum Institute of India já produziu aproximadamente 620 mil doses da candidata vacinal, antecipando uma possível expansão para estudos em áreas afetadas. Paralelamente, a OMS publicou os Perfis-Alvo de Produto (Target Product Profiles – TPPs) para vacinas contra o vírus Bundibugyo, documento que orienta pesquisadores, desenvolvedores e financiadores sobre as características desejáveis para futuras vacinas.

Também avançaram os mecanismos de coordenação internacional. OMS e Africa CDC iniciaram a implementação de um mecanismo coordenado de rastreamento financeiro destinado a aumentar a transparência dos investimentos, monitorar a alocação de recursos segundo os pilares nacionais e continentais de resposta e identificar lacunas de financiamento. A iniciativa busca fortalecer a coordenação entre doadores e instituições implementadoras, aspecto particularmente relevante diante da elevada necessidade de recursos para controlar o surto.

Apesar desses avanços científicos e programáticos, a situação epidemiológica permanece preocupante. Dois meses após a declaração do surto, mais de dois mil casos e quase oitocentos óbitos foram registrados, configurando o crescimento mais rápido já observado para um surto de Ebola (4). Segundo a OMS, mais de 80% dos novos casos continuam sendo identificados fora das listas conhecidas de contatos, indicando falhas persistentes na interrupção das cadeias de transmissão. Além disso, aproximadamente dois terços dos óbitos ocorrem na comunidade, antes que os pacientes consigam acessar serviços de saúde.

Esses dados reforçam que o desenvolvimento acelerado de contramedidas médicas, embora essencial, não é suficiente para controlar uma epidemia dessa magnitude sem

investimentos simultâneos em vigilância epidemiológica, rastreamento de contatos, engajamento comunitário e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. A continuidade dos conflitos armados em áreas afetadas da RDC representa um desafio adicional, dificultando tanto o acesso das equipes de resposta quanto a oferta de assistência à população.

A resposta ao surto de Bundibugyo demonstra, por outro lado, avanços importantes na operacionalização da Missão dos 100 Dias. O início precoce de ensaios clínicos, a rápida mobilização regulatória, a produção antecipada de vacinas candidatas e a coordenação entre múltiplos parceiros internacionais ilustram uma capacidade de resposta significativamente superior à observada em epidemias anteriores de Ebola. Os próximos 40 dias serão decisivos para avaliar se esses avanços científicos poderão ser traduzidos em benefícios concretos para as populações afetadas e em um modelo de resposta mais ágil, coordenado e equitativo para futuras emergências sanitárias globais.

Referências

Cullinan K. Pandemic Talks Consider Two Opposing Models For Pathogen Sharing — Health Policy Watch [Internet]. Health Policy Watch. 2026. Disponível em: https://healthpolicy-watch.news/pandemic-talks-consider-two-opposing-models-for-pathogen-sharing/. Acesso em 18 jul. 2026.

Organização Mundial da Saúde. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines, second edition. Genebra: OMS; 15 jul. 2026. Disponível em https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ea44b7f6-b09f-4e6f-b8c7-2e5b0fcc9a99/content. Acesso em 18 jul. 2026.

IPPS. Ebola (Bundibugyo) Day 60 – Tracking Progress on Medical Countermeasures – IPPS [Internet]. Ippsecretariat.org. 2026. Disponível em: https://ippsecretariat.org/news/ebola-bundibugyo-day-60/. Acesso em 19 jul. 2026.

Cullinan K. With Over 2000 Cases In Two Months, DRC's Ebola Outbreak Continues To Outpace Response — Health Policy [Internet]. Health Policy Watch. 2026. Disponível em https://healthpolicy-watch.news/with-over-2000-cases-in-two-months-drcs-ebola-outbreak-continues-to-outpace-response/. Acesso em 19 jul. 2026.