Lançamento da ESP/INS em Moçambique e atualizações sobre o surto de Ebola na RDC e Uganda

Lanzamiento de la ESP/INS en Mozambique y Actualizaciones sobre el Brote de Ébola en la RDC y Uganda

Launch of ESP/INS in Mozambique and Updates on the Ebola Outbreak in DRC and Uganda

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

Resumo: Em 13 de julho, a Escola de Saúde Pública do INS de Moçambique (ESP/INS) foi lançada em Maputo, com a presença de autoridades moçambicanas e brasileiras, incluindo representantes da Fiocruz. A instituição visa ampliar a qualificação de recursos humanos e fortalecer o sistema de saúde, alinhando-se ao Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP e à designação do INS como Centro de Excelência do CDC África. A escola ofertará cursos de curta duração e programas de pós-graduação em áreas estratégicas, apostando na transformação digital para alcançar profissionais em diversas regiões do país. Simultaneamente, noutra parte do continente, a situação epidemiológica do Ebola na República Democrática do Congo deteriorou-se, expandindo-se geograficamente para cinco Províncias, com o registro de 339 novos casos e 198 mortes no período. A taxa de letalidade atingiu 36,6%, indicando busca tardia por cuidados e alta mortalidade comunitária. A transmissão recente concentra-se na província de Ituri. O rastreamento de contatos permanece abaixo das metas operacionais. Uganda não registrou novos casos e aproxima-se da declaração de fim do surto, embora mantenha vigilância devido ao alto risco de reintrodução transfronteiriça. A resposta internacional, liderada pela OMS e parceiros, envolve o envio de suprimentos, ampliação de leitos, descentralização laboratorial, início do ensaio clínico PARTNERS e fortalecimento da triagem em pontos de entrada, enfrentando desafios como resistência comunitária, insegurança e restrições operacionais.

Palavras-chave: Saúde Pública; Cooperação Internacional; Ébola; Vigilância Epidemiológica; Recursos Humanos.

Resumen: *El 13 de julio se inauguró en Maputo la Escuela de Salud Pública del INS de Mozambique (ESP/INS), con la asistencia de autoridades mozambiqueñas y brasileñas, incluidos representantes de la Fiocruz. La institución busca ampliar la capacitación de recursos humanos y fortalecer el sistema de salud, alineándose con el Plan Estratégico de Cooperación en Salud de la CPLP y la designación del INS como Centro de Excelencia del CDC África. La escuela ofrecerá cursos cortos y programas de posgrado en áreas estratégicas, apostando por la transformación digital para llegar a profesionales de diversas regiones del país. Simultáneamente, la situación epidemiológica del Ébola (virus Bundibugyo) en la República Democrática del Congo se deterioró, expandiéndose geográficamente a cinco provincias, con 339 nuevos casos y 198 muertes registradas en el período. La tasa de letalidad alcanzó el 36,6%, lo que indica una búsqueda tardía de atención y una alta mortalidad comunitaria. La transmisión reciente se concentra en la*

provincia de Ituri. El rastreo de contactos sigue estando por debajo de los objetivos operativos. Uganda no registró nuevos casos y se acerca a la declaración del fin del brote, aunque mantiene la vigilancia debido al alto riesgo de reintroducción transfronteriza. La respuesta internacional, liderada por la OMS y sus socios, incluye el envío de suministros, la expansión de camas, la descentralización de laboratorios, el inicio del ensayo clínico PARTNERS y el refuerzo del tamizaje en los puntos de entrada, enfrentando desafíos como la resistencia comunitaria, la inseguridad y las limitaciones operativas.

Palabras clave: *Salud Pública; Cooperación Internacional; Ébola; Vigilancia Epidemiológica; Recursos Humanos.*

Abstract: *On July 13, the Public Health School of the INS of Mozambique (ESP/INS) was launched in Maputo, attended by Mozambican and Brazilian authorities, including representatives from Fiocruz. The institution aims to expand human resources qualification and strengthen the health system, aligning with the CPLP Strategic Plan for Cooperation in Health and the INS's designation as an Africa CDC Center of Excellence. The school will offer short courses and postgraduate programs in strategic areas, leveraging digital transformation to reach professionals across different regions of the country. Simultaneously, the epidemiological situation of Ebola (Bundibugyo virus) in the Democratic Republic of the Congo deteriorated, expanding geographically to five provinces, with 339 new cases and 198 deaths recorded during the period. The case fatality rate reached 36.6%, indicating late care-seeking and high community mortality. Recent transmission is concentrated in Ituri province. Contact tracing remains below operational targets. Uganda recorded no new cases and is approaching the declaration of the end of the outbreak, although it maintains surveillance due to the high risk of cross-border reintroduction. The international response, led by the WHO and partners, involves sending supplies, expanding beds, decentralizing laboratories, launching the PARTNERS clinical trial, and strengthening screening at entry points, while facing challenges such as community resistance, insecurity, and operational constraints.*

Keywords: *Public Health; International Cooperation; Ebola; Epidemiological Surveillance; Human Resources.*

Lançamento da Escola de Saúde Pública do INS de Moçambique

No dia 13 de julho, autoridades dos governos de Moçambique e do Brasil, representantes de organismos internacionais, instituições de ensino e pesquisa e parceiros de cooperação internacional em saúde assistiram, em Maputo, ao lançamento da Escola de Saúde Pública do INS de Moçambique (ESP/INS). A delegação do Brasil foi chefiada pelo seu Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e dela fizeram parte a Embaixada brasileira, a ABC, a AISA, a Fiocruz e os HU Brasil.

A criação da Escola de Saúde Pública integra os esforços do Governo de Moçambique para ampliar a qualificação de recursos humanos em saúde e fortalecer a capacidade institucional do país. A iniciativa está alinhada aos compromissos do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (PECS-CPLP) e à recente designação do Instituto Nacional de Saúde (INS) de Moçambique como Centro de Excelência do CDC África para a formação em saúde pública dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

A Escola de Saúde Pública do Instituto Nacional de Saúde foi criada com o objetivo de acelerar a formação especializada e pós-graduada de profissionais de saúde em diversas áreas, em parceria com instituições de ensino superior nacionais e internacionais como a Fiocruz.

A instituição vai disponibilizar cursos de curta duração em saúde pública e áreas afins, bem como programas de mestrado e doutoramento em áreas consideradas estratégicas, incluindo Sistemas de Saúde, Ciências de Saúde, Saúde Digital, Economia de Saúde, Clima e Saúde e Educação Profissional em Saúde.

Durante a cerimónia de lançamento da instituição e em nome do Presidente de Moçambique, a Primeira-Ministra, Maria Benvinda Delfina Levi, afirmou: "Uma resposta eficiente e eficaz aos desafios contemporâneos de saúde pública exige uma força de trabalho técnica e cientificamente habilitada". Acrescentou que a instituição "exige profissionais permanentemente atualizados, capazes de analisar evidências, liderar equipas e transformar conhecimento em soluções aplicáveis às comunidades".

Segundo Levi, a criação da Escola representa uma conquista relevante para Moçambique e constitui uma aposta estratégica no desenvolvimento do capital humano, num momento em que o país enfrenta mudanças profundas no perfil das doenças, na dinâmica populacional e na evolução tecnológica do sector da saúde. A Primeira-Ministra explicou que Moçambique vive uma rápida transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento do peso das doenças crónicas não transmissíveis e do trauma, num contexto em que as doenças infecciosas continuam a representar um importante desafio para o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

"Estas transformações epidemiológicas e demográficas têm um impacto profundo no nosso Sistema Nacional de Saúde. Exigem maior capacidade de previsão, planeamento e resposta. Exigem profissionais preparados para compreender realidades complexas e agir com rigor, rapidez e sensibilidade social", disse.

Para Levi, a resposta aos desafios atuais da saúde pública passa pela existência de quadros altamente qualificados, capazes de produzir e utilizar conhecimento científico na definição de políticas, gestão dos serviços e melhoria dos cuidados prestados às populações.

Segundo a Primeira-Ministra, estas áreas permitirão formar profissionais capazes de "planear, prevenir, inovar e decidir com base em evidência científica", respondendo diretamente aos desafios que afetam o sector. Levi destacou, igualmente, a aposta da Escola na transformação digital. Explicou que a instituição dispõe de laboratórios e equipamentos digitais que permitirão realizar formação virtual e alcançar profissionais que trabalham em diferentes regiões do país. "A transformação digital deve ser uma ferramenta para aproximar os serviços dos cidadãos, melhorar as decisões e reduzir desigualdades e nunca uma nova barreira para quem mais precisa", afirmou. A Primeira-Ministra disse que a nova instituição pretende afirmar-se como um centro de excelência, investigação, debate e inovação, onde o conhecimento produzido responda a problemas reais e contribua para melhorar a qualidade de vida da população.

"Pretendemos que seja um centro de investigação, de debate e de inovação. Um lugar onde o conhecimento produzido responda a problemas reais e contribua para melhorar a qualidade de vida da nossa população", sublinhou.

Para Levi, este reconhecimento "honra Moçambique" e reforça a responsabilidade do país em assegurar uma formação de qualidade e contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países africanos de língua portuguesa. A Primeira-Ministra reconheceu o papel da cooperação internacional na concretização da Escola, destacando o apoio técnico do Governo brasileiro, através da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), bem como a contribuição de parceiros como as Nações Unidas, Fundo Global, Banco Mundial, Cooperação Espanhola e Governo dos Estados Unidos da América.

Segundo Levi, a criação da Escola demonstra que "uma visão clara, acompanhada de parceria e perseverança, pode tornar-se uma instituição ao serviço do país".

Na sua intervenção durante a cerimónia, o Presidente da Fiocruz, Mário Moreira, afirmou que "a cooperação com Moçambique, para além de uma cooperação técnica, é para o desenvolvimento de ambos os países. Acreditamos firmemente que este tipo de cooperação, numa perspectiva de justiça social, permite às pessoas terem acesso à melhor saúde possível". Moreira acrescentou que "a escola já nasce contemporânea, antenada com os grandes desafios de saúde pública que estão colocados em escala global, em escala do continente africano, em escala de Moçambique, e se apoia fortemente em tecnologias digitais".

A delegação do Brasil foi testemunha da assinatura de Memorandos de Entendimento (MoU) entre o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique e instituições parceiras nas áreas de transformação digital, pesquisa e formação em saúde.

Devido à cooperação histórica da Fiocruz com o Governo de Moçambique, o Presidente da Fiocruz, a Vice-Presidente de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz, Marly Cruz, a Vice-Presidente Adjunta de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz, Eduarda Cesse, o Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), Marco Menezes, foram homenageados pelo Governo moçambicano com **Diplomas de Reconhecimento**. As seguintes individualidades da Fiocruz também foram homenageadas, em reconhecimento a suas contribuições: Alda Cruz, Wilson Savino, Félix Rosenberg, Paulo Buss, Nisia Trindade, Renato Porozzi, Milton Moraes (a título póstumo), Christiani Vieira Machado e Augusto Paulo Silva.

A Fiocruz participou de uma mesa-redonda "*Construindo sistemas de saúde resilientes e sustentáveis rumo ao alcance das metas de cobertura universal de saúde através do desenvolvimento da força de trabalho: experiências, inovações e tendências*". O evento reuniu representantes de instituições de Moçambique, Portugal e da Universidade das Nações Unidas para discutir estratégias de formação de profissionais, fortalecimento institucional e inovação na educação em saúde.

Ebola – atualizações

República Democrática do Congo (RDC)

Desde a última atualização de 5 de julho de 2026 (Relatório de Situação #8), a situação epidemiológica na República Democrática do Congo deteriorou-se ainda mais, com uma transmissão sustentada e uma contínua expansão geográfica (Relatório de Situação #9, de 12 de julho). Foram notificados e confirmados mais de 339 casos e 198 mortes, o que representa um aumento de 20,9% e 38,0% nos casos confirmados e mortes acumuladas, respetivamente. A taxa de letalidade bruta entre os casos confirmados aumentou de 32,1% para 36,6%, refletindo provavelmente uma deteção tardia dos casos, a procura tardia de cuidados médicos e a proporção persistentemente elevada de mortes que ocorrem na comunidade, e não um

aumento da gravidade da doença. A propagação geográfica também continuou durante o período do relatório, com o surto a expandir-se de três para cinco Províncias afetadas após a confirmação de casos nas províncias de Haut-Uélé e Tshopo. O número de zonas de saúde afetadas aumentou de 36 para 42, com Wamba (Província de Haut-Uélé), Ariwara e Boga (Província de Ituri), Lubunga, Makiso-Kisangani e Mangobo (Província de Tshopo) a notificarem os seus primeiros casos confirmados.

Os casos confirmados notificados diariamente continuaram a aumentar ao longo do surto, embora se observe uma variabilidade diária substancial. Um modelo log-linear ajustado aos dados de incidência diária estima uma taxa média de crescimento diário de 2,3% (IC 95% 2,0% – 2,5%), indicando que o surto continua a expandir-se e que a transmissão permanece acima do limiar necessário para uma expansão epidémica sustentada.

Apesar desta expansão geográfica contínua, a transmissão recente permanece concentrada em um subconjunto de áreas afetadas. Das 42 zonas de saúde afetadas, 33 notificaram pelo menos um caso confirmado nos últimos 21 dias. Durante este período, foram registados 869 casos confirmados e 441 mortes confirmadas. A província de Ituri continua a carregar o maior fardo do surto, respondendo por 775 casos (89,2%) e 382 mortes (86,6%), enquanto as outras quatro províncias afetadas notificaram, juntas, 94 casos (10,8%) e 59 mortes (13,4%). Em contrapartida, nove zonas de saúde anteriormente afetadas ultrapassaram agora 21 dias consecutivos sem notificar nenhum caso confirmado, o que sugere a ausência de transmissão recente enquanto se mantém uma vigilância reforçada. Estas incluem Miti-Murhesa (53 dias) na província de Kivu do Sul; Aru (38 dias), Aungba (23 dias) e Gety (52 dias) na província de Ituri; e Goma (48 dias), Kalunguta (49 dias), Mabalako (29 dias), Oicha (26 dias) e Vuhovi (31 dias) na província de Kivu do Norte.

Os níveis mais elevados de transmissão recente foram registados em Bunia (207 casos), Rwampara (159), Mongbwalu (92) e Nizi (80), na província de Ituri, reafirmando o corredor de transmissão Bunia–Rwampara–Mongbwalu e destacando Nizi como um ponto crítico cada vez mais importante. A transmissão também se intensificou em Mangala (36 casos) e Nia-Nia (33), servindo esta última como a fonte epidemiológica para as províncias recentemente afetadas de Haut-Uélé e Tshopo. Na província de Kivu do Norte, Katwa (39 casos) continuou a ser o principal ponto crítico, seguida por Butembo (16) e Beni (10). Coletivamente, estas zonas de saúde representaram 77,3% de todos os casos confirmados notificados nos últimos 21 dias.

Um padrão semelhante foi observado na mortalidade. Bunia registou o maior número de mortes confirmadas (108), seguida por Mongbwalu (71), Rwampara (52), Nizi (30), Katwa (28), Mangala (23), Nyankunde (14), Lita (13), Nia-Nia (11), Beni (8) e Butembo (7). Juntas, estas zonas de saúde representaram 365 (82,8%) das 441 mortes confirmadas notificadas no mesmo período.

A confirmação de casos nas províncias de Haut-Uélé e Tshopo marca uma expansão geográfica significativa do surto para além do seu foco original em Ituri e Kivu do Norte. Embora tenham sido notificados relativamente poucos casos nestas províncias recentemente afetadas, a deteção de casos em três zonas de saúde em Tshopo, incluindo Makiso-Kisangani na capital provincial, gera preocupação devido à sua grande população urbana e ao seu papel como um importante centro de transportes que liga o nordeste da República Democrática do Congo a outras partes do país. Investigações epidemiológicas indicam que os casos em Tshopo e Haut-Uélé estão associados à transmissão com origem na zona de saúde de Nia-Nia, em Ituri,

sugerindo a extensão geográfica de uma cadeia de transmissão existente, em vez do surgimento de focos independentes do surto. A confirmação recente do primeiro caso na zona de saúde de Ariwara representa uma nova expansão do surto para norte, em direção às fronteiras com o Sudão do Sul e o Uganda, aumentando o potencial de propagação transfronteiriça através do movimento frequente de populações e do comércio.

A expansão da pegada geográfica do surto também continuou a colocar riscos além das comunidades afetadas. Durante o período do relatório, um trabalhador humanitário dos Estados Unidos, infetado com a doença pelo vírus Bundibugyo enquanto trabalhava na República Democrática do Congo, foi retirado por motivos médicos para uma unidade de isolamento especializada de alto nível no Hospital Universitário de Frankfurt, na Alemanha. O paciente, um funcionário da área de logística de uma organização humanitária que apoia a resposta ao Ébola em Bunia, na província de Ituri, encontrava-se em estado estável após o diagnóstico e tratamento precoces. O caso destaca o risco ocupacional contínuo enfrentado pelo pessoal humanitário na linha da frente que responde ao surto.

Desde o início do surto, a República Democrática do Congo notificou 1963 casos confirmados, incluindo 719 mortes confirmadas (taxa de letalidade de 36,6%). A província de Ituri continua a ser o epicentro do surto, representando 90,3% (1.772) de todos os casos confirmados e 84,6% (608) de todas as mortes notificadas a nível nacional. As zonas de saúde mais afetadas continuam a ser Bunia (503 casos, 156 mortes), Rwampara (384 casos, 89 mortes), Mongbwalu (329 casos, 171 mortes), Nizi (110 casos, 36 mortes), Nyankunde (97 casos, 23 mortes), Mangala (50 casos, 29 mortes) e Lita (45 casos, 19 mortes), todas localizadas na província de Ituri, juntamente com Katwa (71 casos, 47 mortes), Butembo (44 casos, 20 mortes) e Beni (30 casos, 20 mortes) na província de Kivu do Norte. Coletivamente, estas zonas de saúde representam aproximadamente 84,7% de todos os casos confirmados e 84,8% de todas as mortes confirmadas notificadas a nível nacional. A investigação de 430 mortes confirmadas até 5 de julho de 2026 mostrou que 397 (92,3%) ocorreram na comunidade ou antes da admissão numa unidade de tratamento, destacando atrasos persistentes na deteção de casos, encaminhamento, isolamento e acesso a cuidados clínicos. Apenas 33 mortes (7,7%) ocorreram após a admissão dos pacientes em centros de tratamento ou unidades de saúde. Durante o atual período de relatório, foram notificadas 205 mortes confirmadas adicionais, incluindo 139 (67,8%) mortes na comunidade e 66 (32,2%) mortes entre pacientes admitidos em unidades de tratamento, o que indica que a procura tardia de cuidados de saúde continua a contribuir substancialmente para a mortalidade.

Até 12 de julho, um total de 12.370 contatos estavam sob acompanhamento, dos quais 10.156 (81,5%) foram vistos com sucesso nas 24 horas anteriores. A província de Ituri representou a maioria dos contatos sob acompanhamento, com 9.866 contatos, incluindo 7.830 (79,4%) vistos com sucesso durante o período de relatório. Em Kivu do Norte, 2.152 de 2.377 contatos (90,5%) foram acompanhados com sucesso, enquanto todos os contatos em Kivu do Sul tinham concluído o período de monitorização obrigatório de 21 dias. Não foram notificados dados de acompanhamento de contatos para as províncias recentemente afetadas de Haut-Uélé e Tshopo. A taxa global de acompanhamento permanece abaixo da meta operacional para o rastreio eficaz de contatos. A disparidade acentuada entre as províncias é particularmente preocupante. Enquanto Kivu do Norte alcançou uma taxa de acompanhamento superior a 90%, Ituri, o epicentro do surto e local de residência de mais de 80% dos contatos sob acompanhamento, atingiu apenas 79,4%. Isto deixa diariamente por alcançar um número

substancial de contatos no cenário de maior transmissão, aumentando o risco de infeções não detectadas e de transmissão comunitária contínua.

Uganda

Nenhum novo caso confirmado foi registrado em Uganda desde a última atualização. O caso confirmado mais recente, notificado em 21 de junho de 2026, foi identificado em um caminhoneiro que trafegava pela rota internacional entre a República Democrática do Congo e Uganda. Desde então, nenhum outro caso (importado ou contraído localmente) foi detectado, e não há evidências de transmissão ativa.

Até 12 de julho de 2026, o surto permanecia limitado a 21 casos (20 confirmados e um provável), incluindo três óbitos (dois confirmados e um provável). Dezessete pacientes se recuperaram e receberam alta, restando apenas um paciente confirmado atualmente internado em uma unidade de tratamento. Desde o início do surto, foram identificados 836 contatos. Todos concluíram com sucesso o período obrigatório de 21 dias de acompanhamento, com 6 casos secundários detectados, o que indica que as cadeias de transmissão conhecidas foram efetivamente contidas.

Sem novos casos confirmados registrados desde 21 de junho de 2026 e com apenas um paciente ainda sob cuidados clínicos, Uganda se aproxima da fase final de sua resposta ao surto. De acordo com os critérios estabelecidos para resposta a surtos, o período de 42 dias necessário para a declaração oficial do fim do surto começará a contar a partir da recuperação e da alta do último caso confirmado, desde que nenhum novo caso seja detectado nesse intervalo.

Apesar do cenário favorável, Uganda continua sob alto risco de reintrodução devido ao surto em curso na vizinha República Democrática do Congo. O fluxo contínuo de pessoas pela fronteira compartilhada exige que se mantenham ativos o compartilhamento transfronteiriço de informações, a detecção rápida de novos casos e a prontidão de resposta até que a transmissão seja totalmente interrompida em ambos os países.

França

Nenhum caso adicional de doença pelo vírus Bundibugyo (DVB) foi registrado na França desde a última atualização. Nenhuma transmissão secundária foi identificada entre os cinco contatos do voo que foram colocados em quarentena preventiva após a exposição ao caso importado notificado em 24 de junho de 2026. A liberação oficial do acompanhamento desses contatos ainda não havia sido anunciada até o momento da publicação deste relatório.

Avaliação de Risco

O risco geral para a saúde pública na República Democrática do Congo continua sendo muito alto, impulsionado pela transmissão contínua, pelo aumento da mortalidade e pela contínua expansão geográfica de três para cinco províncias afetadas. Embora a transmissão permaneça concentrada na província de Ituri, o surgimento de novas zonas de saúde afetadas em Haut-Uélé e Tshopo destaca o potencial contínuo de propagação para áreas anteriormente não afetadas.

O aumento da taxa de letalidade bruta e a alta proporção de mortes na comunidade continuam a indicar atrasos na detecção de casos, no isolamento e no acesso ao atendimento clínico. O rastreamento de contatos permanece abaixo da meta operacional, particularmente

na província de Ituri, onde o desempenho do acompanhamento é substancialmente menor do que em Kivu do Norte, apesar de concentrar a maior parte da transmissão em curso.

Uganda continua sob alto risco de reintrodução devido ao surto em andamento na vizinha República Democrática do Congo, apesar de não ter registrado novos casos durante o período deste relatório. A ausência de transmissão secundária após o caso importado na França demonstra a eficácia das medidas rápidas de saúde pública, mas também reforça o risco contínuo de propagação internacional por meio de viagens.

Resposta de saúde pública

Coordenação

• A Equipe de Apoio ao Gerenciamento de Incidentes de DVB do Continente (IMST, na sigla em inglês) continuou a coordenar as operações de resposta na República Democrática do Congo e em Uganda, além de apoiar as atividades de preparação em mais 11 países de alto risco sob a estrutura de "Um Plano, Um Sistema, Um Relatório".

• Na República Democrática do Congo, a liderança e a coordenação governamentais de alto nível foram reforçadas durante o período deste relatório. O Ministro da Saúde Pública convocou reuniões de coordenação com autoridades nacionais e provinciais, a OMS e parceiros técnicos e financeiros para analisar a evolução da situação epidemiológica e as prioridades de resposta, incluindo a expansão do surto para as províncias de Tshopo e Haut-Uélé.

• As operações de resposta foram expandidas rapidamente para as províncias recém-afetadas, onde pilares de resposta multissetoriais foram estabelecidos e fortalecidos para apoiar a detecção precoce, a vigilância, o manejo de casos e a contenção rápida da transmissão emergente. A coordenação de campo e a supervisão operacional foram reforçadas por meio de missões de avaliação conjunta da Equipe Nacional de Gerenciamento de Incidentes e da OMS, juntamente com a contínua harmonização dos dados epidemiológicos entre Ituri, Tshopo e Haut-Uélé para apoiar tomadas de decisão coordenadas.

• Os Sistemas Nacionais de Gerenciamento de Incidentes na República Democrática do Congo e em Uganda continuaram a receber apoio operacional da OMS; dos Centros Africanos de Controle e Prevenção de Doenças (África CDC); do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); da Organização Internacional para as Migrações (OIM); do Médicos Sem Fronteiras (MSF); da Aliança para a Ação Médica Internacional (ALIMA); do Corpo Médico Internacional (IMC); da Samaritan's Purse; da União Europeia (UE); da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN); de Equipes Médicas de Emergência (EMTs); do Cluster de Saúde; e de outros parceiros por meio de assistência técnica, envio de especialistas, capacidade de reforço e operações de campo.

Apoio operacional e logística

• A aquisição e o envio de suprimentos essenciais de resposta continuaram a se expandir durante o período deste relatório. O canal total de suprimentos de emergência aumentou para aproximadamente US$ 9,37 milhões, em comparação com cerca de US$ 9,19 milhões anteriormente. Desse montante, US$ 2,59 milhões (28%) haviam sido entregues, US$ 3,54 milhões (38%) estavam em trânsito e US$ 3,24 milhões (35%) permaneciam em processo de aquisição.

• O valor dos suprimentos entregues aumentou substancialmente, passando de aproximadamente US$ 1,92 milhão para US$ 2,59 milhão, enquanto a carga entregue subiu para cerca de 232 toneladas métricas e 1.333 metros cúbicos, fortalecendo o apoio às operações de resposta nos centros de Ituri e Kivu do Norte.

• Insumos essenciais continuaram a chegar às áreas afetadas, incluindo equipamentos de proteção individual, diagnósticos laboratoriais e insumos para PCR, equipamentos médicos, medicamentos, leitos hospitalares, tendas, termômetros infravermelhos, lençóis descartáveis para pacientes, luvas, aventais e macacões de proteção. Os insumos laboratoriais e de prevenção e controle de infecções (IPC) representaram a maior parcela dos suprimentos entregues.

• A atividade da cadeia de suprimentos permaneceu alta durante as últimas semanas epidemiológicas, apoiando o manejo de casos, testes laboratoriais, vigilância, prevenção e controle de infecções e operações de campo. No entanto, quantidades substanciais de luvas, macacões de proteção e outros itens críticos continuaram em trânsito ou em processo de aquisição, exigindo um monitoramento contínuo e rigoroso da disponibilidade de estoque.

• A coordenação de aquisições e remessas continuou por meio da rede internacional de suprimentos da OMS e de centros logísticos em Kinshasa, Nairóbi (Quênia), Dubai (Emirados Árabes Unidos) e Dakar (Senegal). A maioria dos pedidos continuou a ser originada diretamente dos fornecedores, enquanto os centros regionais apoiaram a consolidação, o transporte subsequente, o rastreamento de remessas e a distribuição para as áreas afetadas.

Vigilância

• As atividades de vigilância continuaram nas áreas afetadas e de risco, incluindo busca ativa de casos, gerenciamento de alertas, investigação de casos, rastreamento de contatos, vigilância de mortalidade, vigilância de base comunitária e vigilância transfronteiriça.

• Um alto volume de alertas continuou a ser registrado, embora a agilidade e a cobertura da verificação e investigação rápida de alertas tenham variado consideravelmente entre as províncias afetadas. Em 12 de julho de 2026, foram relatados 1.156 alertas de quatro províncias afetadas na República Democrática do Congo, dos quais 1.049 (90,5%) foram investigados em até 24 horas. A maioria dos alertas teve origem em Kivu do Norte (694), seguida por Ituri (425), Haut-Uélé (32) e Kivu do Sul (5). A cobertura de investigação ficou acima de 95% em Kivu do Norte, Kivu do Sul e Haut-Uélé, enquanto Ituri registrou uma taxa de investigação menor, de 81,9%. Do total de alertas, foram validados 268 casos suspeitos, incluindo 112 mortes na comunidade.

• As atividades de vigilância em pontos de entrada (PoE) e pontos de controle (PoC) continuaram a ser fortalecidas na República Democrática do Congo. Até 12 de julho de 2026, todos os 71 locais de PoE/PoC estavam operacionais nas províncias de Ituri e Kivu do Norte. Durante o período deste relatório, 144.094 viajantes passaram pelos locais de triagem de PoE/PoC, dos quais 95,4% foram avaliados quanto a sintomas de DVB.

• Em Uganda, o gerenciamento de alertas, a vigilância de mortes não traumáticas e a vigilância de base comunitária continuaram em todo o país. Até 12 de julho de 2026, todos os contatos haviam concluído os 21 dias de acompanhamento.

• Em Uganda, a triagem de entrada e saída continuou nos pontos de entrada, incluindo o Aeroporto Internacional de Entebbe e passagens de fronteira de alto risco. O preenchimento obrigatório dos Formulários Digitais de Localização de Passageiros (*Passenger Locator Forms*) continuou em vigor para todos os viajantes que chegavam ao país, enquanto as instalações de isolamento temporário continuaram ativas para viajantes de alto risco. As restrições temporárias de viagem entre Uganda e a República Democrática do Congo também foram mantidas.

Laboratório

• A descentralização laboratorial continuou a se expandir, atingindo 60% de conclusão, com planos de estabelecer entre 15 e 20 laboratórios operacionais para fortalecer a testagem descentralizada e reduzir os tempos de entrega dos resultados. Até 12 de julho de 2026, 14 laboratórios de diagnóstico e unidades de teste estavam operacionais nas províncias de Ituri e Kivu do Norte, além dos laboratórios do *Institut National de Recherche Biomédicale* (INRB) em Kinshasa e do INRB-Goma.

• Em Kivu do Norte, o acúmulo de exames pendentes no laboratório foi totalmente zerado durante o período deste relatório, com o processamento de todas as amostras que estavam atrasadas.

• A capacidade de testes laboratoriais foi ainda mais fortalecida com o envio de 54 especialistas de laboratório (aproximadamente cinco por unidade), bem como com a distribuição de 2.496 kits de teste de reação em cadeia da polimerase (PCR) e 14.000 testes RadiOne.

• O volume de processamento de testes laboratoriais permaneceu alto, particularmente em Ituri, onde as taxas de positividade variaram de 37,9% a 63,3%, indicando a persistência de uma transmissão intensa, enquanto Kivu do Norte manteve taxas de positividade mais baixas, entre 3% e 4,2%, além de ter zerado o acúmulo de testes residuais.

• Apesar dos esforços contínuos de ampliação, as operações laboratoriais continuaram a enfrentar desafios relacionados ao atraso na liberação de resultados, à fraca integração de dados e sistemas de gestão de informações, à capacidade logística limitada e à escassez de testes diagnósticos complementares para o atendimento clínico.

Manejo de Casos

• A capacidade de manejo de casos continuou a se expandir na República Democrática do Congo, com cerca de 750 leitos de isolamento e tratamento disponíveis em nível nacional, distribuídos por mais de 25 centros de tratamento de Ebola (CTEs) e unidades de saúde. Capacidades adicionais de tratamento estão sendo estabelecidas em Nizi, Kisangani Sota, NiaNia e outras áreas de foco, incluindo planos para disponibilizar 100 leitos adicionais em Bunia dentro de cinco dias.

• Até 12 de julho de 2026, 736 pacientes estavam em isolamento no país, sendo 549 em Ituri, 170 em Kivu do Norte e 17 em Kivu do Sul, com as unidades de tratamento operando no limite ou perto da capacidade máxima nas áreas de alta transmissão. A taxa oficial de ocupação de leitos permaneceu criticamente alta, em 88,3% nacionalmente.

• Os índices de recuperação continuaram a apresentar melhorias, com o total acumulado de recuperados subindo de 273 em 5 de julho para 331 em 12 de julho de 2026. As

atividades diárias de cuidados de suporte incluíram o fornecimento de refeições quentes nas unidades de tratamento e a implementação de serviços de saúde gratuitos em quatro zonas de saúde prioritárias na província de Ituri.

• O ensaio clínico PARTNERS, patrocinado pela OMS, foi lançado oficialmente na República Democrática do Congo em 2 de julho de 2026, tornando-se o primeiro estudo clínico a avaliar especificamente tratamentos para a DVB. O ensaio avalia o anticorpo monoclonal MBP134 e o remdesivir, tanto individualmente quanto em associação, nos centros de tratamento participantes, sob a coordenação do INRB, OMS, CDC África, ALIMA, Médicos Sem Fronteiras (MSF), Instituto de Medicina Tropical da Bélgica e Universidade de Oxford.

• As operações de manejo de casos continuaram a receber o apoio de diversos parceiros nacionais e internacionais, como a OMS, o Ministério da Saúde, ALIMA, MSF, Samaritan's Purse, IMC, MEDAIR, Malteser, CDC África, além de instituições acadêmicas e de pesquisa que dão suporte ao atendimento clínico, ao funcionamento dos centros de tratamento e às atividades de pesquisa.

• Um centro de atendimento integrado foi estabelecido em Bunia para facilitar o envio centralizado de serviços de ambulância para o transporte de casos a centros de trânsito/tratamento e para as equipes de sepultamento seguro e digno (SDB); o monitoramento do desempenho desse sistema será necessário.

• Paralelamente aos esforços de ampliação do número de leitos, a OMS entregou cinco aparelhos Piccolo adicionais para exames laboratoriais clínicos e cinco dispositivos de suporte de oxigênio de alto fluxo, com o objetivo de reforçar a capacidade de atendimento a pacientes em estado crítico. O número crescente de CTEs exigirá uma ampliação ainda maior no fornecimento desses insumos médicos essenciais.

Prevenção e controle de infecções e água, saneamento e higiene

• As atividades de PCI continuaram a se expandir nas províncias afetadas, incluindo sessões de orientação para profissionais de saúde e agentes comunitários, avaliações em 140 unidades de saúde em Kivu do Norte e o treinamento de 34 profissionais de 17 unidades de saúde prioritárias.

• As operações de sepultamento seguro e digno (SDB) e as atividades de descontaminação continuaram em andamento em Ituri, juntamente com a descontaminação de residências, unidades de saúde e veículos de transporte associados a casos confirmados.

• O desempenho em PCI permaneceu criticamente fraco em várias áreas de foco. As avaliações de PCI/WASH em Kivu do Norte mostraram uma pontuação média das unidades abaixo de 50%, com apenas duas instalações atingindo pontuações acima de 80%, o que indica graves lacunas nos padrões de prevenção de infecções e na preparação das unidades de saúde.

• As infecções entre profissionais de saúde continuaram a aumentar, com 112 infecções e 35 óbitos registrados na categoria, o que corresponde a uma taxa de letalidade de 31,3%. Isso evidencia os riscos persistentes de exposição ocupacional e a implementação inadequada de PCI nas unidades de saúde.

Comunicação de risco e participação comunitária

• As atividades de RCCE continuaram nas províncias afetadas para fortalecer a conscientização comunitária, promover a notificação precoce de alertas, apoiar o rastreamento de contatos e facilitar as operações de sepultamento seguro e digno, particularmente nas áreas de foco de Ituri e Kivu do Norte.

• Profissionais adicionais de RCCE estão sendo identificados e destacados para expandir as atividades de resposta nas províncias recém-afetadas de Haut-Uélé e Tshopo. A experiência antropológica também está sendo reforçada para compreender melhor as percepções da comunidade e garantir que as atividades de resposta estejam alinhadas às necessidades, expectativas e realidades locais.

• Os mecanismos de feedback comunitário continuaram a identificar preocupações relacionadas aos riscos de transmissão, acesso a serviços, vacinação e atividades de resposta. Essas percepções são analisadas regularmente e compartilhadas com os pilares operacionais para orientar as ações de resposta e as mensagens divulgadas.

• Os resultados da primeira rodada de avaliações comunitárias rápidas realizadas em áreas de foco prioritárias da província de Ituri foram aprovados pelo pilar de pesquisa e estão sendo convertidos em ações lideradas pela própria comunidade por meio de intervenções de RCCE. Esforços estão em andamento para ampliar essas avaliações nas áreas afetadas da RDC e estender a implementação para Uganda e Sudão do Sul, a fim de fortalecer a inteligência e o engajamento comunitário transfronteiriço.

• Os esforços de engajamento comunitário estão cada vez mais focados em construir confiança e melhorar o acesso aos serviços de resposta, ao mesmo tempo em que abordam as preocupações levantadas tanto pelas comunidades quanto pelos profissionais de saúde da linha de frente. O engajamento direcionado a populações de alto risco e móveis continua sendo uma prioridade, incluindo comunidades de mineração, populações deslocadas internamente e grupos transfronteiriços afetados pela insegurança, deslocamento e deslocamentos frequentes entre o leste da República Democrática do Congo e os países vizinhos.

• Os principais desafios de RCCE persistiram, incluindo a insegurança em algumas áreas de foco, a resistência comunitária em áreas de mineração e de conflito, riscos de desinformação e dificuldades em manter o acompanhamento oportuno de contatos em populações altamente móveis e áreas de fronteira porosas.

Preparação em saúde pública – prontidão operacional

• Avaliações recentes mostraram uma pontuação média de prontidão de 58% entre os países de Prioridade 1 e 2, com 90% das avaliações de prontidão concluídas e enviadas. Até o momento, 28 dos 47 Estados-Membros atualizaram suas avaliações de prontidão (60%).

• Os envios regionais de equipes para apoiar a preparação nos Estados-Membros de alto risco continuaram durante o período deste relatório. No Quênia, as unidades de isolamento designadas e outras instalações de preparação foram avaliadas, enquanto os procedimentos operacionais padrão (POPs) e as diretrizes operacionais foram finalizados para fortalecer a prontidão diante de um potencial caso importado.

Saúde nas fronteiras, viagens e grandes eventos

• A triagem foi reforçada em aeroportos, passagens de fronteira de alto risco e rotas de trânsito interno tanto na República Democrática do Congo quanto em Uganda, com autoridades nacionais, a OIM e parceiros apoiando a vigilância nos pontos de entrada (PoE) e a implementação das diretrizes de saúde nas fronteiras da OMS, bem como medidas nos pontos de controle em corredores de viagem de alta prioridade.

• As ações operacionais prioritárias incluem avaliações rápidas e mapeamento dos pontos de entrada, além do mapeamento da mobilidade populacional transfronteiriça para identificar os principais padrões de deslocamento, rotas transfronteiriças de alto risco (incluindo travessias informais) e os maiores pontos de aglomeração. Outras prioridades incluem garantir que as equipes de campo contem com pessoal adequado e remunerado, equipamentos, treinamento, EPIs, materiais de triagem, desinfetantes e sistemas de encaminhamento.

• A capacidade de avaliação de risco para grandes eventos (aglomerações de massa) está sendo fortalecida por meio de treinamentos e fornecimento de recomendações. Recomenda-se o adiamento de grandes eventos em áreas com transmissão documentada de DVB até que a transmissão seja interrompida, enquanto uma abordagem baseada em risco é recomendada para eventos realizados em outras partes da região.

• Avaliações de risco específicas para cada evento devem ser conduzidas utilizando a ferramenta da OMS de avaliação de risco multirriscos para grandes eventos. Essas avaliações devem ser complementadas pela implementação de medidas antes, durante e depois dos eventos, conforme descrito nas diretrizes da OMS para grandes eventos que contem com a participação de indivíduos vindos de áreas com detecção documentada do vírus Bundibugyo, incluindo o estabelecimento de fluxos de encaminhamento e capacidade de teste de RT-PCR.

• Os organizadores dos eventos devem distribuir materiais informativos a todos os participantes, antes e durante o evento, abrangendo os sintomas da DVB, o que fazer em caso de indisposição e os serviços de saúde disponíveis, em conformidade com as diretrizes da OMS para grandes eventos com a presença de indivíduos vindos de áreas com detecção documentada do vírus Bundibugyo.

Interpretação da situação

O surto parece estar entrando em uma nova fase, caracterizada por uma expansão geográfica progressiva para além do seu epicentro original em Ituri. Embora a maior carga da doença continue concentrada em Bunia, Rwampara, Mongbwalu e nas zonas de saúde vizinhas, o surgimento de casos em Tshopo, Haut-Uélé e Ariwara demonstra como a mobilidade populacional está espalhando a transmissão para novas áreas, incluindo centros urbanos densamente povoados e locais estratégicos de fronteira. Esses desdobramentos aumentam a complexidade da resposta e elevam o risco de uma maior propagação nacional e transfronteiriça.

Ao mesmo tempo, a resposta enfrenta desafios crescentes devido às limitações operacionais. A resistência comunitária, ataques contra profissionais de saúde, pacientes que abandonam os centros de tratamento antes da conclusão dos cuidados e as recentes greves de equipes de resposta da linha de frente têm afetado a vigilância, o rastreamento de contatos, o manejo de casos e outras atividades críticas de resposta. Esses desafios contribuíram para a

persistência da transmissão comunitária e para a introdução de casos em áreas anteriormente não afetadas, incluindo as províncias de Tshopo e Haut-Uélé.

Interromper a transmissão nos focos já estabelecidos de Ituri e Kivu do Norte continua sendo a prioridade imediata, enquanto a contenção rápida da transmissão recém-detectada em Haut-Uélé e Tshopo é essencial para evitar o estabelecimento de uma transmissão local sustentada. Atingir esses objetivos exigirá uma estratégia integrada de base comunitária, que envolva um maior engajamento comunitário, busca ativa de casos intensificada, isolamento e tratamento oportunos, rastreamento abrangente de contatos, operações de resposta ininterruptas e o fortalecimento da vigilância e coordenação transfronteiriças.