Gestão de crises sanitárias e estratégias de saúde pública na Região Africana

Gestión de crisis sanitarias y estrategias de salud pública en la Región Africana

Health crisis management and public health strategies in the African Region

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

Resumo*:* A 76ª sessão do Comité Regional da OMS para a África (AFR/RC76), agendada para 25 a 28 de agosto em Adis Abeba, reunirá Ministros da Saúde dos 47 Estados-Membros para debater planos estratégicos regionais entre 2026 e 2035. A agenda aborda temas fundamentais, incluindo a retenção de profissionais de saúde, o financiamento da saúde, a regulação de produtos médicos, o uso da Inteligência Artificial nos Cuidados de Saúde Primários e a resposta transfronteiriça a emergências sanitárias. Paralelamente, o continente enfrenta um grave surto do vírus Ebola (espécie Bundibugyo), centrado na República Democrática do Congo e expandido para o Uganda, com mais de 4.400 casos confirmados e mais de 2.000 óbitos. A taxa de letalidade atinge 46,3%, agravada pelo facto de cerca de 63% dos óbitos recentes ocorrerem nas comunidades. Em resposta, reuniões transfronteiriças na República Centro-Africana reforçaram a vigilância nos pontos de entrada e a cooperação regional. O Grupo Consultivo de Emergência do CDC África manteve a declaração de Emergência de Saúde Pública de Segurança Continental, recomendando a expansão do rastreamento de contatos, o fortalecimento dos laboratórios e o uso da vacina Ervebo sob protocolos de ensaios clínicos para avaliar a sua eficácia contra a estirpe Bundibugyo.

Palavras-chave: Saúde pública; Emergências sanitárias; Surto epidêmico; Vírus Ebola; Virus Bundibugyo.

Resumen: *La 76.ª sesión del Comité Regional de la OMS para África (AFR/RC76), que se celebrará del 25 al 28 de agosto en Adís Abeba, reunirá a Ministros de Salud de 47 Estados Miembros para debatir planes estratégicos regionales (2026–2035). La agenda abarca la retención de personal sanitario, la financiación de la salud, la regulación de productos médicos, el uso de Inteligencia Artificial en atención primaria y la respuesta transfronteriza ante emergencias. Paralelamente, la región enfrenta un grave brote de ébola (cepa Bundibugyo), centrado en la República Democrática del Congo y extendido a Uganda, con más de 4.400 casos confirmados y más de 2.000 fallecidos. La tasa de letalidad alcanza el 46,3%, agravada porque el 63% de los fallecimientos recientes ocurre en la comunidad. Ante esto, consultas transfronterizas en la República Centroafricana han reforzado la vigilancia fronteriza. El Grupo Consultivo de Emergencia del África CDC mantuvo la declaración de Emergencia de Salud Pública Continental, recomendando fortalecer el rastreo de contactos, ampliar la capacidad de laboratorios y aplicar la vacuna Ervebo bajo ensayos clínicos para determinar su eficacia contra el virus Bundibugyo.*

Palabras clave: *Salud pública; Emergencias sanitarias; Brote epidémico; Virus del Ébola; Virus Bundibugyo.*

Abstract: *The 76th session of the WHO Regional Committee for Africa (AFR/RC76), scheduled for August 25–28 in Addis Ababa, will gather Health Ministers from 47 Member States to discuss regional strategic plans for 2026–2035. The agenda focuses on healthcare workforce retention, health financing, medical product regulation, Artificial Intelligence integration in primary healthcare, and cross-border emergency response. Concurrently, the region faces a severe Ebola outbreak (Bundibugyo strain), centered in the Democratic Republic of the Congo and affecting Uganda, exceeding 4,400 confirmed cases and over 2,000 deaths. The case fatality rate stands at 46.3%, heightened by 63% of recent deaths occurring in communities. Cross-border consultations in the Central African Republic have strengthened regional surveillance and point-of-entry controls. The Africa CDC Emergency Consultative Group maintained the Continental Public Health Emergency declaration, recommending enhanced contact tracing, expanded laboratory capacity, and the clinical trial deployment of the Ervebo vaccine to evaluate its efficacy against the Bundibugyo virus.*

Keywords: *Public health; Health emergencies; Disease outbreak; Ebola virus; Bundibugyo virus.*

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

A 76ª sessão do Comité Regional da OMS para a África (AFR/RC76) terá lugar de 25 a 28 de agosto, em Adis Abeba, na Etiópia. Reunirá Ministros da Saúde e altos responsáveis dos 47 Estados-Membros para debater e aprovar políticas, estratégias e planos regionais de saúde, com vista a melhorar a saúde das populações em África.

Programa

1º DIA: Terça-feira, 25 de agosto	
Ponto 01 da pauta	Abertura da reunião
Ponto 02 da pauta	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
Ponto 3 da pauta	Adopção da ordem do dia e do programa de trabalho provisórios (Documento AFR/RC76/1 e Documento AFR/RC76/1 Add.1)
Ponto 4 da pauta	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
Ponto 5 da pauta	Declaração do Presidente do Subcomité do Programa (Documento AFR/RC76/2)
Ponto 6 da pauta	**Relatório do Diretor Regional sobre as atividades da OMS na Região Africana (Documento AFR/RC76/3)**
Objetivo 4. Resultados empresariais da OMS	
Ponto 15 da pauta	**Uma nova era de saúde para a África: Ação unida para a Visão 2035 (Documento AFR/RC76/11 e Documento AFR/RC76/11 Add.1)**
Ponto 4 da pauta (cont.)	Relatório da Comissão de Verificação de Poderes
Ponto 7 da pauta	**Reforma da Arquitetura Mundial da Saúde (AMS)**
2º DIA: Quarta-feira, 26 de agosto	
1º evento paralelo	Decisões baseadas em dados: aproveitar a Inteligência Artificial para reforçar os Cuidados de Saúde Primários
Objetivo 2. Prestar cuidados de saúde	
Ponto 08 da pauta	Agenda para o Pessoal da Saúde em África, 2026–2035: Uma estratégia para o planeamento, a formação e a retenção sustentáveis dos profissionais de saúde. (Documento AFR/RC76/4)
Ponto 09 da pauta	Estratégia regional para melhorar os resultados da primeira infância para as crianças na Região Africana da OMS (Documento AFR/RC76/5)

Ponto 10 da pauta	**Estratégia para financiar o futuro da saúde na Região Africana da OMS, 2026–2035 (Documento AFR/RC76/6)**
Ponto 11 da pauta	**Estratégia Regional para a regulação dos produtos médicos na Região Africana, 2026 – 2035 (Documento AFR/RC76/7)**
Sessão especial	**Sessão de informação especial sobre o atual surto de doença por vírus Ebola causado pelo vírus Bundibugyo**
2º evento paralelo	Eliminação de múltiplas doenças em África: celebrar as conquistas e acelerar os progressos
3º DIA: Quinta-feira, 27 de agosto	
Objetivo 2. Prestar cuidados de saúde	
3º evento paralelo	Reforçar a preparação e resposta transfronteiriças a todos os perigos em África: De ações fragmentadas à uma resiliência coletiva
Ponto 12 da pauta	Quadro Regional para as equipas médicas de emergência, 2026–2030 (Documento AFR/RC76/8)
Objetivo 3. Proteger a saúde	
Ponto 13 da pauta	Quadro de operações de transição e sustentabilidade da poliomielite na Região Africana da OMS, 2026–2035 (Documento AFR/RC76/PSC/9)
Ponto 14 da pauta	Quadro de implementação de alterações ao Regulamento Sanitário Internacional na Região Africana da OMS (Documento AFR/RC76/10)
Objetivo 4. Resultados empresariais da OMS	
Ponto 16 da pauta	Projeto de Proposta de Orçamento-Programa (2028–2029) (Documento AFR/RC76/12)
Ponto 17 da pauta	Projeto de ordem do dia provisória, local e datas da septuagésima sétima sessão do Comité Regional (Documento AFR/RC76/13)
Ponto 18 da pauta	Documentos de informação
Objetivo 1. Promover a saúde	
18.1 Relatório de progresso sobre a Estratégia Regional atualizada para a Gestão dos Determinantes Ambientais da Saúde Humana na Região Africana (AFR/RC76/INF.DOC/1)	
18.2 Quadro de implementação do Plano de Ação Mundial sobre o Consumo de Álcool (2022–2030) na Região Africana da OMS (AFR/RC76/INF.DOC/2)	
Objetivo 2. Prestar cuidados de saúde	
18.3 Relatório de progresso relativo à Estratégia regional sobre serviços e sistemas de diagnóstico e de laboratório (2023–2032) para a Região Africana da OMS (AFR/RC76/INF.DOC/3)	
18.4 Relatório de progresso sobre o Quadro integrado para o controlo, a eliminação e a erradicação das doenças tropicais e de transmissão vectorial na Região Africana 2022–2030 (Documento AFR/RC76/INF.DOC/4)	
18.5 Relatório de progressos sobre o Quadro de implementação da Agenda 2030 para a Vacinação na Região Africana da OMS (AFR/RC76/INF.DOC/5)	
18.6 Relatório de progresso relativo ao Quadro para a integração de dados nacionais e regionais sobre saúde na Região Africana: Plataforma Regional de Dados de Saúde, 2024–2030 (AFR/RC76/INF.DOC/6)	
18.7 Segundo relatório de progresso para o Quadro da Região Africana para a Implementação da Estratégia Mundial sobre os Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho em 2030 (AFR/RC76/INF.DOC/7)	
18.8 Relatório de progresso relativo ao Quadro para a manutenção de um sistema de saúde resiliente com vista a alcançar a cobertura universal de saúde e a promover a segurança sanitária na Região Africana da OMS 2023–2030 (AFR/RC76/INF.DOC/8)	
18.9 Relatório de progresso sobre a implementação da Estratégia Mundial para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2016–2030 na Região Africana (AFR/RC76/INF.DOC/9)	
18.10 Relatório de progresso sobre o Quadro de implementação da Estratégia mundial para erradicar a meningite até 2030 na Região Africana da OMS (AFR/RC76/INF.DOC/10)	

18.11 Relatório de progresso sobre a Estratégia Regional para a Vigilância e Resposta Integradas às Doenças (AFR/RC76/INF.DOC/11)	
Objetivo 4. Resultados institucionais da OMS (transversais)	
18.12 Relatório final sobre a implementação da Estratégia de investigação para a saúde na Região Africana, 2016–2025 (AFR/RC76/INF.DOC/12)	
18.13 Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana (AFR/RC76/INF.DOC/13)	
18.14 Assuntos regionais decorrentes dos relatórios das auditorias internas e externas da OMS (AFR/RC76/INF.DOC/14)	
4º evento paralelo	Plataforma Regional de Dados de Saúde da OMS
RESOLUÇÕES E DECISÕES	
Agenda para o Pessoal de Saúde em África 2026–2035: Uma estratégia para o planeamento, a formação e a retenção sustentáveis dos profissionais de saúde (Documento AFR/RC76/4)	
Melhorar os resultados do desenvolvimento na primeira infância para as crianças da Região Africana da OMS, 2026-2032: Uma estratégia regional (Documento AFR/RC76/5)	
Estratégia para financiar o futuro da saúde 2026-2035 na Região Africana da OMS (Documento AFR/RC76/6)	
Estratégia Regional para a regulação dos produtos médicos na Região Africana, 2026–2035 (Documento AFR/RC76/7) — Resolução	

Surto do Ebola na RDC e no Uganda

Ponto de situação

A resposta contra a doença por vírus Ebola prossegue nas cinco províncias afetadas: Haut-Uélé, Ituri, Nord-Kivu, Sud-Kivu e Tshopo. A situação permanece geograficamente estável, com 53 zonas de saúde afetadas. Ituri continua a ser o epicentro principal da epidemia, enquanto Sud-Kivu assinala agora 75 dias sem qualquer novo caso confirmado.

Até à data, foram registados 4 449 casos confirmados. 716 doentes encontram-se atualmente em isolamento ou internados, 886 pessoas foram curadas desde o início da epidemia e foram registados 2 061 óbitos. A taxa de letalidade fixa-se em 46,3%, enquanto a taxa de seguimento de contatos atinge os 82,7%.

Os mecanismos de vigilância e de controlo sanitário permanecem totalmente mobilizados. As equipas prosseguem a investigação de casos suspeitos e a sua transferência para as estruturas de atendimento, bem como as operações de controlo nos pontos de entrada. As ações de prevenção, descontaminação, funerais dignos e seguros e mobilização comunitária continuam também em curso nas zonas afetadas.

Para mais informações, os *External Situation Reports* 12 e 13, da OMS AFRO, trazem atualizações mais detalhadas.

República Centro-Africana sedia consulta transfronteiriça sobre o risco do vírus Bundibugyo

Uma reunião transfronteiriça de alto nível teve início no dia 14 de agosto, na capital Bangui, na República Centro-Africana, para fortalecer a preparação e a coordenação em resposta aos riscos impostos pela doença do vírus Bundibugyo. Convocado pela OMS AFRO, o encontro reúne a República Centro-Africana, a República Democrática do Congo, a República do Congo, o Sudão do Sul e Uganda para estreitar a cooperação regional no combate à ameaça do vírus Bundibugyo e de outras emergências de saúde transfronteiriças.

Como parte dos esforços para harmonizar mecanismos de alerta, reforçar a vigilância nos pontos de entrada e engajar as comunidades fronteiriças na preparação e resposta, os países participantes reafirmaram o compromisso de trabalhar juntos em ações conjuntas que vão além das fronteiras administrativas.

"É essencial que nossos países trabalhem em estreita colaboração, unindo nossos esforços e sabedoria coletiva, especialmente ao longo de nossas fronteiras compartilhadas, onde as comunidades trocam não apenas mercadorias, mas também mantêm laços familiares enraizados em culturas e tradições comuns", declarou o Primeiro-Ministro da República Centro-Africana, Félix Moloua.

A República Democrática do Congo declarou um surto do vírus Bundibugyo em 15 de maio de 2026. Três meses depois, mais de 4.300 casos foram confirmados no país, incluindo mais de 2.000 mortes. Diante desse cenário, Baltasar Engonga Edjo'o, Presidente da Comissão da Comunidade Econômica e Monetária da África Central (CEMAC), alertou sobre a contínua ameaça representada pelo Ebola. "A África Central está bem ciente dos riscos humanos, econômicos e sociais impostos pela propagação do vírus", disse ele, destacando que a Comissão já mobilizou um grupo técnico sub-regional e adotou um plano de ação regional para intensificar a vigilância e reforçar as medidas de segurança nos pontos de entrada.

"Os vírus não param nas fronteiras", afirmou o Diretor Regional da OMS para a África, Dr. Mohamed Janabi, ressaltando a importância de uma abordagem coletiva no investimento em preparação. "Quando um país se prepara, a África se torna mais forte. Nossas fronteiras podem separar nossos países, mas não podem dividir nossa segurança sanitária."

Os participantes da reunião enfatizaram a necessidade de fortalecer a vigilância comunitária e garantir o rápido compartilhamento de informações de saúde. Os países envolvidos se comprometeram a traduzir os acordos em ações concretas e a transformar a preparação em uma prioridade política.

A República Centro-Africana destacou que um laboratório móvel foi implantado em Obo, perto das fronteiras com a República Democrática do Congo e o Sudão do Sul. A equipe em campo está realizando vigilância reforçada, com foco especial no engajamento e participação da comunidade, bem como nas melhores práticas para prevenção e controle de infecções.

A expectativa é que a reunião, marcada por apelos à solidariedade e cooperação transfronteiriça, resulte em um plano de ação conjunto e em protocolos comuns de atuação.

Recomendações do Grupo Consultivo de Emergência (ECG)

Comunicado do CDC África

> O CDC África recebeu com satisfação as recomendações do Grupo Consultivo de Emergência (ECG, *Emergency Consultative Group*), que vão orientar a organização na oferta do melhor aconselhamento científico possível à República Democrática do Congo e a outros países africanos enquanto respondem ao surto de Ebola Bundibugyo.
>
> Estendemos nosso profundo agradecimento aos membros do ECG, nossos ilustres cientistas africanos, muitos dos quais atuam em importantes órgãos científicos e consultivos africanos e globais, por disponibilizarem sua expertise, independência e experiência ao nosso continente.
>
> Reconhecemos particularmente o Prof. Salim Abdool Karim, presidente do ECG, assim como a Prof. Helen Rees, o Dr. David Parirenyatwa, a Prof. Lucille Blumberg, o Prof. Jean-Jacques Muyembe, a

Profa. Francine Ntoumi, a Prof. Rose Leke Fonbang, o Prof. Jean Nachega, o Dr. Amadou Sall, o Prof. Oyewale Tomori, o Prof. Samba Sow, o Prof. Dimie Ogoina, o Prof. Abderahmane Maroufi, a Prof. Maha El Rabbat, a Prof. Samia Menif Marrakchi, o Prof. Fawzi Derrar, o Dr. Sultani Matendechero, o Prof. Nelson Sewankambo, o Prof. Claude Mambo Muvunyi e a Prof. Agnes Binagwaho.

A criação do ECG reflete o princípio do CDC África de que as decisões de saúde pública africanas devem se basear nas melhores evidências científicas disponíveis, fundamentadas nas realidades africanas e conduzidas por especialistas africanos de confiança, ao mesmo tempo em que se recorre às evidências científicas mais sólidas de todo o mundo.

Neste momento crítico do surto de Ebola Bundibugyo, a ciência deve continuar sendo nossa bússola. As recomendações do ECG ajudarão, portanto, o CDC África a fortalecer seu aconselhamento ao governo da RDC e a outros Estados-Membros.

Temos orgulho de que a África possua a liderança científica, o conhecimento e a experiência necessários para enfrentar suas emergências de saúde pública mais complexas. Nosso continente não carece de expertise. Cientistas africanos lideraram alguns dos avanços mais importantes do mundo na compreensão, detecção e resposta a doenças infecciosas, incluindo o Ebola.

Resumo da reunião do ECG do CDC África

1. Após uma apresentação detalhada sobre a epidemiologia da atual epidemia de Ebola, o ECG observou que os dados mais recentes disponíveis incluíam 4.449 casos confirmados e mais de 2.061 óbitos confirmados, com uma taxa de letalidade de 46,3% na RDC. Observou-se ainda que há cerca de 100 novos casos por dia e que o número de reprodução (Rt) tem se mantido consistentemente acima de 1. E como a epidemia continua crescendo rapidamente, e mais rápido do que epidemias anteriores de Ebola, a declaração de Emergência de Saúde Pública de Segurança Continental (PHECS) permanece plenamente justificada. O ECG recomenda, portanto, a continuidade da PHECS, tendo em vista o preocupante quadro epidemiológico do Ebola no momento.

2. O ECG destacou melhorias significativas na qualidade dos dados e no nível de detalhamento epidemiológico fornecido sobre os focos da doença, faixas etárias e apresentações clínicas. Isso aprimora substancialmente a nossa compreensão da epidemia e fornece evidências muito melhores para orientar a resposta ao Ebola. O ECG elogiou o CDC África pela qualidade e pelo detalhamento de sua apresentação.

3. O progresso na resposta ao Ebola na Uganda e na RDC foi devidamente reconhecido. Reconhecendo as difíceis condições sob as quais a resposta está sendo organizada na RDC, o ECG ficou satisfeito ao notar o aumento na disponibilidade de leitos, testes laboratoriais e medidas de resposta. As organizações de resposta ao Ebola e as equipes em campo estão de parabéns por essas realizações. As evidências epidemiológicas apontaram para três questões que precisam ser abordadas:

    a. É preocupante que 63% das mortes por Ebola nas últimas duas semanas tenham ocorrido na comunidade, e que apenas cerca de um terço das mortes por Ebola tenha ocorrido em Centros de Tratamento de Ebola. Isso tem repercussões substanciais para a detecção de casos, o número de contatos expostos, os riscos para cuidadores domiciliares e a precisão da notificação de óbitos na comunidade;

b. Cada caso de Ebola não diagnosticado, ou não diagnosticado em tempo hábil, representa uma oportunidade perdida para o controle da epidemia, pois significa que a transmissão para outras pessoas não pode ser interrompida e que os contatos não podem ser rastreados. Observou-se que o rastreamento de contatos dos casos detectados na RDC está aquém do ideal. Quando os casos não são detectados e seus contatos não são rastreados, isso torna ainda mais difícil interromper a transmissão comunitária em curso. Como a detecção de casos é fundamental para a resposta ao Ebola, essa é uma área que precisa de recursos e esforços adicionais.

c. Foi motivo de satisfação constatar que o número de laboratórios que realizam testes para Ebola na RDC aumentou dos dois originais para um total atual de 19, com mais dois laboratórios móveis, proporcionando uma capacidade combinada de mais de 3.000 amostras por dia.

4. Um excelente resumo preparado pelo CDC África sobre as evidências disponíveis quanto à eficácia da vacina Ervebo contra o ebolavírus Bundibugyo foi apresentado na reunião do ECG. As evidências disponíveis confirmaram que não há evidência confiável de sua eficácia clínica, que os dados imunológicos são difíceis de interpretar na ausência de um correlato de proteção validado, e que os dados disponíveis em animais sobre a eficácia são limitados pelo número muito pequeno de animais utilizados nos estudos. O ECG observou que novas evidências sobre anticorpos de ligação e séries de casos clínicos são cautelosamente promissoras. Observou-se que ainda existe uma chance razoável de que a vacina não seja eficaz contra o vírus Bundibugyo, e que são necessárias mais evidências sobre a eficácia da Ervebo na prevenção dessa doença. O ECG apoia fortemente a priorização do uso da vacina Ervebo para dois propósitos neste momento:

    a. Implementação da vacina Ervebo sob um protocolo de ensaio clínico para vacinação em anel de contatos, com base na abordagem utilizada no ensaio *Ebola Ça Suffit*, no qual muitos contatos são vacinados, um grupo imediatamente e o outro após 2 a 3 semanas. Isso permitiria que muitos contatos recebessem a vacina, ao mesmo tempo em que forneceria evidências fundamentais sobre sua eficácia clínica na prevenção da infecção por Ebola.

    b. Fornecimento compassivo da vacina Ervebo sob um protocolo de estudo clínico a profissionais da linha de frente, com documentação de quaisquer casos incidentes de Ebola e da evolução e desfechos clínicos da doença em funcionários vacinados. Isso tornará a vacina disponível para muitos profissionais da linha de frente em alto risco, a fim de gerar evidências científicas sobre seu impacto na evolução clínica da doença, e especificamente sobre se ela reduz o risco de morte em pessoas infectadas pelo vírus Bundibugyo após a vacinação. A implementação compassiva para todos os profissionais da linha de frente em risco, sem um grupo controle, é justificada, já que a taxa de letalidade do grupo controle pode ser derivada de uma amostra pareada por idade e sexo do conjunto geral da epidemia.

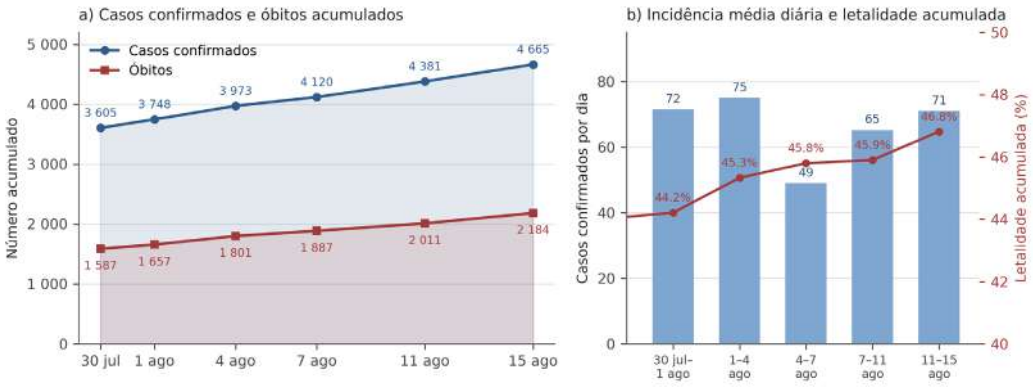
O ECG observou que novas evidências sobre os efeitos da Ervebo contra o ebolavírus Bundibugyo estão se acumulando rapidamente. As evidências provenientes das duas estratégias prioritárias de implementação do protocolo de vacinação listadas acima devem orientar e, quando necessário, modificar o uso da vacina na resposta ao Ebola.

A emergência que reorganizou a agenda sanitária regional

A quinzena ficou marcada por um surto que, embora localizado no nordeste da República Democrática do Congo, passou a condicionar decisões em toda a região. A epidemia de doença por vírus Bundibugyo (BVD) atingiu, a 15 de Agosto, **4 665 casos confirmados e 2 184 óbitos**, com letalidade acumulada de 46,8% e 965 recuperados, distribuídos por 54 zonas sanitárias de seis províncias (Ituri, Kivu Norte, Kivu Sul, Haut-Uélé, Tshopo e, pela primeira vez, Bas-Uélé) (CGTN, 15/08/2026). Quinze dias antes, a OMS reportava 3 605 casos confirmados e 1 587 óbitos em 49 zonas de cinco províncias, com letalidade de 44% (WHO, 01/08/2026, DON614). O África CDC estima que, no mesmo ponto da curva epidêmica, o surto acumula cerca de nove vezes mais casos e seis vezes mais óbitos do que a epidemia da África Ocidental de 2014-2016 (Africa CDC, 10/08/2026).

A leitura destes números exige alguma prudência. Entre 30 de Julho e 15 de agosto acumularam-se 1 060 novos casos e 597 óbitos, uma razão de 56,3 óbitos por 100 casos incidentes, portanto acima da letalidade acumulada de 46,8%. Parte desta diferença reflete a defasagem habitual entre a confirmação laboratorial e o registro do desfecho. Outra parte tem origem no modo como os casos estão sendo detectados: segundo o Grupo Consultivo de Emergência do África CDC, presidido por Salim Abdool Karim, 63% dos óbitos notificados nas duas semanas anteriores a 14 de agosto ocorreram na comunidade, fora de qualquer estrutura de tratamento (Africa CDC, 14/08/2026). Quando boa parte dos casos entra no sistema por confirmação post mortem, o denominador fica enriquecido em casos fatais e a letalidade deixa de ser comparável com a observada em coortes hospitalizadas. É um viés de averiguação clássico, não um aumento da virulência.

Figura 1: Evolução do surto de doença por vírus Bundibugyo na RD Congo, 30 de julho a 15 de agosto



Fonte: elaboração própria a partir de WHO DON614 (01/08), UN News (04/08), WHO/Africa CDC (06/08), Africa CDC (10/08), Al Jazeera (11/08) *e* CGTN (15/08).

Os indicadores de resposta ajudam a explicar a trajetória. A 4 de Agosto, a cobertura de rastreamento de contatos era de 75%, contra uma meta de 95%, e a taxa de ocupação dos centros de tratamento no Kivu Norte chegava a 139% (WHO/Africa CDC, 06/08/2026). Uma rede de contatos incompleta e leitos superlotados produzem o que se observa: transmissão que se desloca para o domicílio e óbitos que só são identificados no momento do enterro seguro. A capacidade laboratorial, por sua vez, cresceu de 2 para 19 laboratórios com unidades móveis, ultrapassando 3 000 amostras diárias, o que sugere que o gargalo não está no diagnóstico, mas

na articulação entre detecção, isolamento e confiança comunitária. Foram ainda notificados ataques armados a pelo menos doze unidades de tratamento (UN News, 11/08/2026), num quadro de insegurança que nenhuma medida técnica resolve isoladamente. O Uganda, com 20 casos confirmados e 2 óbitos, declarou o fim da transmissão a 28 de julho, o que mostra que a contenção é possível quando a introdução ocorre num sistema com vigilância funcional.

Ervebo: decisão sob incerteza e o problema da evidência disponível

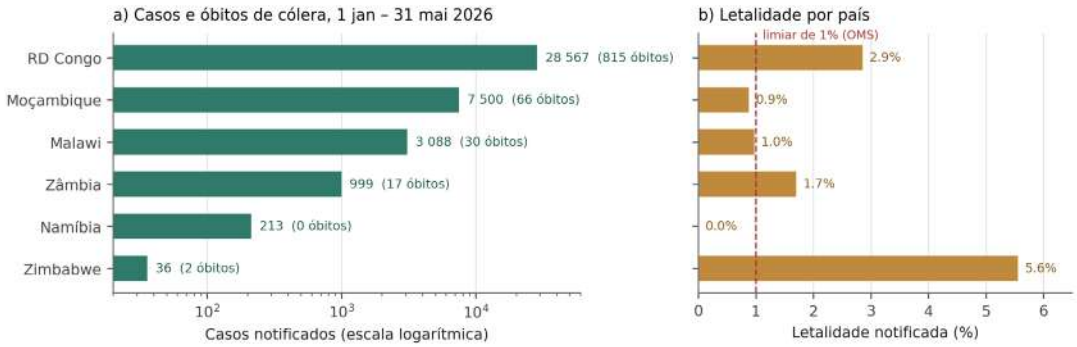
O ponto de virada político da quinzena foi a reversão da posição da OMS sobre a vacina Ervebo, licenciada contra o ebolavírus Zaire e cujo genoma diverge do Bundibugyo em cerca de 30% ao nível nucleotídico. A 28 de Maio a OMS desaconselhava o seu uso; a 7 de agosto passou a recomendar ensaios clínicos de fase 3 na RD Congo (Al Jazeera, 07/08/2026). A 12 de Agosto o país submeteu formalmente ao International Coordinating Group um pedido de 100 000 doses do estoque de emergência, apoiado pelo África CDC (Xinhua, 14/08/2026). As negociações sobre o desenho do ensaio, com randomização individual contra placebo, prosseguiam a 12 de agosto (STAT News, 12/08/2026).

A base empírica desta mudança merece exame. Os dados pré-clínicos são favoráveis, mas limitados: proteção completa em furões e sobrevivência de três em quatro primatas não humanos. Do lado observacional, foi citado um agregado de profissionais de saúde em Mongbwalu em que três vacinados sobreviveram e cinco não vacinados morreram (Tech Times, 12/08/2026). Com oito indivíduos, sem ajustamento para idade, comorbidade, carga viral ou tempo até a internação, e num grupo em que o estado vacinal se correlaciona provavelmente com a categoria profissional e com o acesso precoce aos cuidados, a comparação é frágil. Há ainda risco de viés de tempo imortal: sobreviver o suficiente para ser vacinado é condição para entrar no grupo de vacinados. Nada disto invalida a decisão de avançar. É por a evidência observacional ser insuficiente que o ensaio aleatorizado se justifica, mesmo em emergência.

Cólera e mpox: o que a vigilância regional continua a não ver

Sobre cólera, a quinzena não produziu qualquer atualização epidemiológica regional. O documento de referência continua a ser a atualização epidemiológica n.º 38 da OMS, publicada a 30 de junho com dados até 31 de maio de 2026. Um intervalo de dois meses e meio entre o fim do período de referência e a leitura que aqui se faz é demasiado longo para orientar decisão operacional numa doença com este tempo de duplicação.

Figura 2: Cólera em países da SADC, casos notificados e letalidade, 1º de Janeiro a 31 de Maio de 2026



Fonte: elaboração própria a partir da OMS, Multi-country outbreak of cholera, External situation report n.º 38 (30/06/2026).

Moçambique concentra o maior volume de casos entre os países da África Austral continental (7 500 casos, 66 óbitos), seguido do Malawi (3 088 e 30) e da Zâmbia (999 e 17). A RD Congo, com 28 567 casos e 815 óbitos, está numa ordem de grandeza distinta. As letalidades merecem leitura cuidada: os 5,6% do Zimbabwe assentam em apenas 2 óbitos entre 36 casos, com intervalo de confiança a 95% entre 0,7% e 18,7%, ou seja, compatível tanto com desempenho adequado como com falha grave de acesso. Já os 2,9% da RD Congo (IC95% 2,7% a 3,0%) são estimados com precisão suficiente para preocupar, por estarem quase três vezes acima do limiar de 1% que a OMS usa como referência de qualidade da resposta. A Namíbia notificou 213 casos sem óbitos, o que fixa o limite superior do intervalo em 1,7%.

Um ponto de inconsistência merece registro. A 11 de agosto, o UNICEF referiu, para a RD Congo, mais de 30 400 casos e cerca de 700 óbitos desde 1 de janeiro de 2026 (UNICEF WCARO, 11/08/2026), enquanto a OMS reportava 815 óbitos já a 31 de maio. Um total cumulativo não desce, pelo que a divergência só pode resultar de definições de caso diferentes, de cobertura geográfica parcial ou de reclassificação retrospectiva de óbitos. Enquanto a diferença não for explicada, qualquer indicador de letalidade construído a partir destas duas fontes é pouco confiável.

Quanto à mpox, o África CDC levantou a emergência de saúde pública de segurança continental a 22 de janeiro de 2026 (África CDC, 22/01/2026), mas a resposta da OMS mantém-se classificada como emergência graduada. O relatório de situação n.º 68, de 31 de julho, coloca Madagascar como o país da SADC mais afetado (2 921 casos confirmados, 18 óbitos, clade Ib, 70 dos 115 distritos, 89 723 primeiras doses administradas) e Angola com 108 casos confirmados e 1 óbito, com 80% concentrados em Cabinda.

Na RD Congo, o mesmo documento assinala apenas 30 casos em seis semanas e atribui explicitamente a queda à subnotificação causada pela realocação de recursos para a resposta ao Ebola. É o efeito de deslocamento da vigilância, e não uma melhoria epidemiológica real. Este tipo de artefato tende a aparecer nas séries históricas como uma inflexão que depois se interpreta erroneamente como sucesso de controlo.

Durban: industrialização como porta de entrada para o financiamento da saúde

O calendário preparatório da 46.ª Cimeira Ordinária da SADC ocupou quase toda a quinzena em Durban: Comitê Permanente de Altos Funcionários a 6 e 7 de agosto, Comitê de Finanças a 8, Conselho de Ministros de 12 a 14 e Comitê Ministerial do Órgão a 15 (SADC, 2026). O tema da Cimeira, marcada para 17 de agosto, é a industrialização baseada em infraestruturas, transformação agrícola e minerais críticos. A saúde não figura no título. Entra pela porta lateral da produção industrial e da compra conjunta, o que diz muito sobre a forma como a região passou a enquadrar o problema.

O Conselho de Ministros, presidido por Ronald Lamola, tratou 47 propostas de decisão que incluíram saúde, segurança alimentar e financiamento regional, com destaque para a operacionalização do SADC Regional Development Fund (SAnews, 05/08/2026). A formulação mais direta veio do Presidente Cyril Ramaphosa a 14 de agosto: *"We can no longer accept that we import almost everything that heals us. Our answer must be health sovereignty"*, defendendo mecanismos de compra conjunta capazes de dar previsibilidade de mercado aos fabricantes regionais (TechFinancials, 14/08/2026).

A 15 de agosto, ainda à margem da Cimeira, Ramaphosa presidiu uma reunião do Global Leaders Network centrada em saúde materna, neonatal, da criança e do adolescente, cuja agenda incluiu de forma explícita *"the changing global health financing environment and the need for greater domestic resource mobilisation, health sovereignty and country-led approaches"* (Presidência da RAS, 13/08/2026; SAnews, 14/08/2026).

Estas declarações não surgem no vazio. Prolongam a reunião conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde da SADC realizada em Harare a 2 e 3 de julho, que fixou seis prioridades de financiamento doméstico, entre elas os SADC Pooled Procurement Services e os seguros nacionais de saúde. O problema é a base econômica sobre a qual esta agenda assenta. A região cresceu 3,4% em 2025, com previsão de 3,9% para 2026, abaixo da média africana de 4,4%, e a avaliação intermediária do RISDP 2020-2030 atribuiu à região 5,06 em 10 (Sunday Times, 14/08/2026). Substituir ajuda externa por receita fiscal doméstica, com estas taxas de crescimento e com o serviço da dívida a absorver espaço orçamentário, é aritmeticamente difícil no horizonte de um ciclo orçamentário. A soberania sanitária, tal como enunciada, é um objetivo de década, não de exercício econômico.

Do discurso à capacidade instalada: compra conjunta, produção e preço

O custo de não ter capacidade própria ficou visível nos dados de prevenção do HIV divulgados a 13 de agosto. Os cortes na ajuda externa norte-americana em 2025 associaram-se a uma queda de 42% nos inícios de profilaxia pré-exposição oral em dez países, aproximadamente 677 000 pessoas a menos do que em 2024, com perda de pessoal de aconselhamento, gestão de dados e rastreamento de contatos (NPR, 13/08/2026).

A associação é ecológica e não permite atribuição causal direta, mas a coincidência temporal e a plausibilidade do mecanismo, já que a PrEP oral depende de contato regular com serviços que perderam quadros, tornam a explicação alternativa pouco convincente. Entretanto o lenacapavir, injetável semestral, mantém preço de tabela próximo de 28 000 dólares por duas doses anuais, contra cerca de 45 dólares por ano da PrEP oral, e no Uganda apenas cerca de 980 pessoas iniciaram tratamento entre abril e agosto. Um produto com este diferencial de preço só produz impacto populacional via licenciamento voluntário, produção genérica e compra agregada.

É esse o sentido do African *Pooled Procurement Mechanism*, cujas consultas em Adis Abeba envolveram representantes de catorze Estados-membros da União Africana e levaram a Líbia a ponderar adesão (Libya Herald, 16/08/2026). Do lado da oferta, o Banco Africano de Desenvolvimento aprovou a 27 de julho um financiamento de 15 milhões de dólares à Biovac, para uma unidade multivacinas na Cidade do Cabo com capacidade projetada de 500 milhões de doses anuais a partir de 2028 (Ecofin Agency, 27/07/2026).

São duas peças do mesmo desenho, demanda agregada e oferta local, e nenhuma delas produz efeito antes do fim da década. Registre-se ainda que nenhuma notícia relevante sobre a Agência Africana do Medicamento foi localizada nesta quinzena, o que é em si um sinal: sem autoridade regulatória continental em funcionamento pleno, a compra conjunta esbarra em registros nacionais fragmentados.

Quadro 1: Principais ocorrências da quinzena de 1º a 15 de agosto de 2026

Data	Ocorrência	Fonte
4–8 Ago	Reuniões preparatórias da SADC em Durban (Altos Funcionários, Comitê de Finanças)	SADC
5 Ago	Reunião de crise em Kinshasa com Tshisekedi, Tedros e Kaseya; oito prioridades e mais de 420 milhões USD mobilizados	Africa CDC
6 Ago	OMS e CDC África apelam a resposta comunitária ao Ebola; 3 973 casos e 1 801 óbitos a 4 de agosto	WHO
7 Ago	OMS reverte orientação e recomenda ensaios de fase 3 com Ervebo contra Bundibugyo	Al Jazeera
11 Ago	UNICEF alerta para propagação transfronteiriça da cólera; RD Congo com mais de 30 400 casos em 2026	UNICEF
12 Ago	RD Congo submete ao ICG pedido formal de doses de Ervebo do estoque de emergência	STAT News
12–14 Ago	Conselho de Ministros da SADC aprecia 47 propostas de decisão, incluindo saúde e o *Regional Development Fund*	SAnews
13 Ago	Queda de 42% nos inícios de PrEP oral em dez países em 2025 face a 2024	NPR
14 Ago	Grupo Consultivo de Emergência recomenda priorizar Ervebo; 63% dos óbitos recentes ocorrem na comunidade	Africa CDC
14 Ago	Ramaphosa defende soberania sanitária e compra conjunta regional	TechFinancials
15 Ago	Global Leaders Network sob presidência de Ramaphosa: saúde materna e financiamento doméstico	Presidência RAS
15 Ago	Ebola atinge 4 665 casos e 2 184 óbitos; pedido de 100 000 doses de Ervebo	CGTN

África e o impacto da crise climática

GDA – Grupo de Diários América

A onda histórica de calor extremo e os incêndios florestais que atingem a Europa têm um efeito igualmente devastador do outro lado do Mar Mediterrâneo. Desde o início de julho, mais de 1.600 focos de incêndio foram registrados na Argélia, no Norte da África, onde a combinação de seca e temperaturas de até 49°C alimentou as chamas, deixando ao menos seis mortos e avançando sobre áreas de Marrocos e da Tunísia. Em paralelo, a formação de um "super El Niño", que pode ser um dos mais fortes já vistos, adiciona mais uma camada de preocupação para os próximos meses em um continente que, embora responda por apenas cerca de 3% a 4% das emissões globais de CO_2, é o mais vulnerável aos efeitos das mudanças climáticas em todo o planeta.

Segundo a Organização Meteorológica Mundial (OMM), a região tem enfrentado ondas de calor mais frequentes, secas prolongadas, chuvas e enchentes com intensidade crescente nos últimos anos. O período de 2015 a 2024, de acordo com o órgão, foi o mais quente registrado

na História do continente, que aquece a um ritmo médio de cerca de 0,3°C por década. À frente deste ranking regional está justamente o norte, com uma média de 1,28°C por década.

Nas demais regiões, embora o ritmo seja diferente, os efeitos da crise climática se manifestam de formas distintas.

O Sahel, faixa semiárida que atravessa países como Níger, Mali, Burkina Faso e Chade, está entre as mais vulneráveis. A combinação das precipitações irregulares e das secas prolongadas pressiona a agricultura local e, quando a chuva finalmente chega, costuma vir em forma de grandes enchentes, afetando milhares de pessoas. Outra região muito impactada é o Chifre da África "que engloba Somália, Etiópia, Eritreia e Djibuti", onde secas consecutivas frequentemente comprometem a produção de alimentos, agravando a fome de uma população já fragilizada.

Insegurança alimentar

Segundo relatório da OMM em 2024, naquele ano o continente registrou o maior número de deslocamentos provocados por eventos climáticos em uma década: mais de 2,5 milhões de pessoas tiveram de abandonar suas residências por causa de inundações, secas e tempestades, muitas delas em países já fragilizados por conflitos.

Na avaliação de pesquisadores, os extremos climáticos registrados atualmente são apenas um prelúdio do que o continente africano poderá enfrentar nas próximas décadas.

"Em um cenário de altas emissões, nossas pesquisas sugerem que, até o final do século, muitas regiões do continente poderão experimentar condições de onda de calor durante aproximadamente 250 a 300 dias por ano", afirma ao GLOBO Oluwafemi Adeyeri, especialista em hidroclima e saúde do Centro de Excelência ARC para o Clima do século XXI, da Universidade Nacional da Austrália.

Diante disso, as projeções para o El Niño, que já se formou no Oceano Pacífico e deve se intensificar nos próximos meses, tornam o quadro ainda mais preocupante, podendo agravar as secas e ampliar a ocorrência de eventos extremos em diferentes regiões. No início do mês, o Banco Africano de Desenvolvimento (AfDB, em inglês) alertou que seus impactos podem provocar perdas econômicas de até US$ 20 bilhões (R$ 101 bilhões) no continente, afetando a agricultura, o abastecimento de água e, sobretudo, a segurança alimentar.

"Quando esses choques acontecem, os países dão dois passos para trás", disse em entrevista coletiva Anthony Nyong, diretor de mudanças climáticas e crescimento verde do AfDB. "Não queremos que nossos países mergulhem na pobreza.”

Os alertas preocupam porque a África já concentra algumas das maiores crises alimentares do mundo. Segundo o relatório deste ano do Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Mundo, da ONU, a fome afeta 309 milhões de pessoas no continente, e mais da metade da população (56,6%) vive em situação de insegurança alimentar moderada ou severa.

O avanço das ondas de calor também é um problema crescente de saúde pública, lembra Adeyeri, alertando sobre o risco de mortes e a sobrecarga nos sistemas de saúde. Segundo a OMM, o ano de 2024 foi o mais quente já registrado na África (e no mundo), com temperatura média cerca de 0,86°C acima das registradas entre 1991 e 2020.

"O calor extremo continua sendo seriamente subestimado como desastre na África. Enchentes e ciclones deixam destruição visível e populações deslocadas", explica ao GLOBO. "Já o calor é menos dramático visualmente, mas pode aumentar a mortalidade, agravar doenças cardiovasculares e respiratórias, reduzir a produtividade do trabalho, interromper a educação, prejudicar plantações e rebanhos e elevar a demanda por eletricidade e serviços de saúde.

Estratégias locais

Apesar dos impactos crescentes, países africanos vêm ampliando estratégias locais de adaptação. Um exemplo é o de Burkina Faso, onde foi implantado um sistema de alerta para ondas de calor acompanhado de campanhas de saúde pública e distribuição de água. Programas de pintura de telhados com revestimentos refletivos buscam reduzir o calor dentro das casas, e cidades como Acra (Gana), Freetown (Serra Leoa), Joanesburgo (África do Sul) e Nairóbi (Quênia) têm investido na ampliação de áreas verdes para amenizar o calor.

Mas Adeyeri alerta que essas ações não devem ser romantizadas, já que há limites para o que as comunidades conseguem fazer sozinhas. O maior desafio é o financiamento internacional, uma das principais demandas dos países africanos nas últimas Conferências das Nações Unidas sobre Mudança Climática. Segundo o AfDB, o continente precisa de até US$ 127 bilhões (R$ 646 bilhões) por ano até 2030 para reduzir os impactos das mudanças climáticas. Hoje, os países africanos recebem apenas cerca de 3% do financiamento climático global.

> *É também uma questão de justiça climática. Os países que menos contribuíram para o problema climático não deveriam ser levados a aumentar seu endividamento para proteger suas populações de consequências que não causaram.*
>
> *Países mais ricos, responsáveis historicamente pelas maiores emissões, devem fornecer um volume muito maior de financiamento para adaptação.*
>
> **Oluwafemi Adeyeri**, especialista em hidroclima e saúde do Centro de Excelência ARC para o Clima do século XXI, da Universidade Nacional da Austrália.