# Saúde global, soberania sanitária e vigilância em África

## *Salud global, soberanía sanitaria y vigilancia en África*

## *Global health, health sovereignty and surveillance in Africa*

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

**Resumo:** Este informe analisa a agenda africana de saúde entre 1 e 14 de setembro, com foco no fortalecimento institucional do CDC África, na V Reunião do Comité de Orientação Ministerial Regional da África Austral e nas pressões operacionais associadas ao surto de doença por vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo. O texto mostra que a participação africana na reforma da arquitetura global da saúde ganhou peso político, mas depende de capacidade efetiva de decisão, financiamento previsível e coordenação regional. A reunião ministerial reafirmou a soberania sanitária, a cobertura universal, o financiamento público doméstico, a gestão das finanças públicas, a produção local e as aquisições conjuntas como prioridades. A análise epidemiológica destaca que o aumento da letalidade aparente pode refletir subnotificação de casos leves e confirmação pós-morte, mais do que agravamento clínico, enquanto atrasos nas séries de cólera indicam deslocamento da vigilância para a resposta ao Ebola. No plano financeiro, o informe enfatiza a distância entre promessas e desembolsos, a contração da ajuda externa e a dificuldade de substituir recursos internacionais por orçamento interno. Quanto ao acesso a medicamentos, observa a inexistência de vacina licenciada contra Bundibugyo, a fragilidade das evidências de proteção cruzada e a necessidade de articular mecanismos africanos e regionais de aquisição. O documento conclui que soberania sanitária exige instituições nacionais fortes, dados confiáveis, produção regional, financiamento sustentável e tradução de recomendações técnicas em compromissos políticos.

**Palavras-chave:** Soberania Sanitária; Governança Global da Saúde; Vigilância Epidemiológica; Financiamento Doméstico; Aquisições Conjuntas.

***Resumen:*** *Este informe analiza la agenda africana de salud entre el 1 y el 14 de septiembre, con énfasis en el fortalecimiento institucional del CDC África, la V Reunión del Comité Directivo Ministerial Regional de África Austral y las presiones operativas asociadas al brote de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo. El texto muestra que la participación africana en la reforma de la arquitectura sanitaria global ganó peso político, pero depende de una capacidad real de decisión, financiación previsible y coordinación regional. La reunión ministerial reafirmó la soberanía sanitaria, la cobertura universal, la financiación pública interna, la gestión de las finanzas públicas, la producción local y las compras conjuntas como prioridades. El análisis epidemiológico subraya que el aumento de la letalidad aparente puede reflejar subregistro de casos leves y confirmación post mortem, más que un agravamiento clínico, mientras que los retrasos en las series de cólera sugieren un desplazamiento de la vigilancia hacia la respuesta al ébola. En el plano financiero, el informe destaca la brecha entre promesas y desembolsos, la contracción de la ayuda externa y la dificultad de sustituir recursos internacionales por presupuesto nacional. En cuanto al acceso a medicamentos, observa la ausencia de una vacuna licenciada contra Bundibugyo, la fragilidad de la evidencia sobre protección cruzada y la necesidad de articular mecanismos africanos y regionales de adquisición.*

*Concluye que la soberanía sanitaria exige instituciones nacionales sólidas, datos confiables, producción regional, financiación sostenible y traducción de recomendaciones técnicas en compromisos políticos.*

***Palabras clave:*** *Soberanía Sanitaria; Gobernanza Global de la Salud; Vigilancia Epidemiológica; Financiación Interna; Compras Conjuntas.*

***Abstract:*** *This report reviews the 1–14 September agenda on Africa's health governance, focusing on the Africa CDC's growing role in the reform of the global health architecture, the fifth Regional Ministerial Steering Committee meeting in Southern Africa, and the operational pressures created by the Bundibugyo virus outbreak in the Democratic Republic of the Congo. It argues that Africa's participation in global decision-making is gaining institutional weight, but that representation must translate into financing, coordination and authority. The text highlights the persistence of gaps between pledged and disbursed funds, the contraction of development assistance for health, and the difficulty of replacing external resources with domestic public financing. It also examines surveillance limits: rising apparent case fatality may reflect missed mild cases and post-mortem confirmation rather than worsening disease, while cholera reporting delays suggest that Ebola response demands may be absorbing notification capacity. On access to medicines, the report notes weak evidence for cross-protection from the Ervebo vaccine, modest support for laboratory studies, and unresolved coordination between African and SADC pooled procurement instruments. Overall, the document presents health sovereignty as a practical agenda: stronger national systems, regional institutions, predictable financing, local manufacturing, reliable data and clearer links between technical advice and political decision-making.*

***Keywords:*** *Health Sovereignty; Global Health Governance; Epidemic Surveillance; Domestic Financing; Pooled Procurement.*

**O CDC África no processo de reforma global**

O CDC África foi selecionado para representar as organizações regionais de saúde a nível mundial no Grupo de Trabalho Conjunto sobre a Reforma da Arquitetura Global de Saúde.

Na sequência de nomeações apresentadas por várias organizações regionais de saúde, a Organização Mundial de Saúde convidou formalmente o Dr. Jean Kaseya, Diretor-Geral do CDC África, para integrar o Grupo de Trabalho na qualidade de seu representante.

"Recebemos este reconhecimento com humildade e com uma compreensão clara da responsabilidade que ele acarreta", afirmou o Dr. Kaseya. "A nossa primeira responsabilidade é apresentar as prioridades e perspetivas dos nossos 55 Estados-Membros da União Africana, ao mesmo tempo que envolvemos outras instituições regionais para garantir que as suas vozes são ouvidas."

A Força-Tarefa Conjunta faz parte do processo liderado pelos Estados-Membros para reformar a arquitetura global da saúde, na sequência da decisão da 79.ª Assembleia Mundial da Saúde e da Iniciativa UN80. Irá desenvolver opções e recomendações para apreciação pela 80.ª Assembleia Mundial da Saúde, centrando-se nas funções, mandatos e capacidades dos intervenientes globais na área da saúde; na coordenação e tomada de decisões; e no financiamento das prioridades globais em matéria de saúde.

O envolvimento do CDC África será orientado pelos seus 55 Estados-Membros da UA através do Comité Ministerial Africano de Alto Nível para a Reforma da Arquitetura Global da Saúde (AHLMC, *African High-Level Ministerial Committee on Global Health Architecture Reform*), que permite aos governos africanos desenvolver posições comuns e reforçar a voz de África na governação global da saúde.

África tem sido clara quanto ao rumo que a reforma da saúde global deve tomar. Precisamos de um sistema que coloque os países no centro, reconheça e reforce o papel das instituições regionais, promova uma maior equidade e um financiamento sustentável e reforce a segurança e a soberania sanitárias.

O CDC África consultará outras organizações regionais de saúde ao longo de todo o processo, para garantir que as suas experiências, prioridades e perspetivas informam as deliberações da Força-Tarefa. As instituições regionais trazem o conhecimento, a proximidade e a experiência prática necessários para construir uma arquitetura de saúde global que responda eficazmente aos países e às comunidades.

"A responsabilidade confiada ao CDC África estende-se a ouvir atentamente as nossas organizações regionais de saúde irmãs e a garantir que as suas perspetivas sejam refletidas na mesa de negociações", afirmou o Dr. Kaseya. "As instituições regionais trazem conhecimento, proximidade e experiência que são essenciais para construir uma arquitetura de saúde global que responda eficazmente aos países e às comunidades."

O Dr. Kaseya representará o CDC África na primeira reunião presencial da Força-Tarefa Conjunta ao completo, na sede da OMS em Genebra, na Suíça, de 3 a 4 de setembro de 2026. O Prof. Ngashi Ngongo coordenará o envolvimento técnico do CDC África, trabalhando em conjunto com o Prof. Aliko Baba Ahmed e o Embaixador Alex Ratebaye, com contribuições das direções relevantes do CDC África e de peritos técnicos.

A participação do CDC África surge na sequência do lançamento do AHLMC pelos Ministros africanos em abril de 2026 e reflete o papel crescente de África e das suas instituições na definição da saúde global. "É também uma responsabilidade demonstrar que as instituições regionais podem contribuir de forma construtiva para a construção de uma arquitetura de saúde global que funcione melhor para os países e as comunidades", afirmou o Dr. Kaseya.

**V Reunião do Comité de Orientação Ministerial Regional da África Austral (ReSCO)**

Coorganizada pelo CDC África e pelo Governo da Namíbia sob o tema "Avançar na segurança e soberania da saúde: fortalecer o financiamento doméstico, expandir o seguro de saúde e acelerar o fabrico local":

> *Preâmbulo*
>
> Nós, os Ministros da Saúde dos Estados-Membros da África Austral, juntamente com o CDC África, RECs, ReTAC, parceiros e partes interessadas, reunimo-nos em Windhoek nos dias 20 e 21 de agosto sob o tema: "Avançar na segurança e soberania da saúde na África Austral".
>
> Agradecemos à Dra. Netumbo Nandi-Ndaitwah, Presidente da Namíbia, e ao povo da Namíbia pela sua hospitalidade. Elogiamos o Centro Regional de Coordenação da África Austral (SARCC) do CDC África pelo progresso alcançado desde a 4.ª reunião e reafirmamos o nosso compromisso em traduzir os compromissos regionais em ações concretas para a resiliência e soberania da saúde.
>
> *Contexto e Reconhecimentos*

Elogiamos os Estados-Membros pela liderança na Cobertura Universal de Saúde (UHC) e na segurança da saúde, incluindo a priorização orçamental, reformas da Gestão das Finanças Públicas, fortalecimento dos Institutos Nacionais de Saúde Pública (INSP), Centros de Operações de Emergência (EOC, em inglês), vigilância e preparação transfronteiriça.

Reconhecemos o progresso em direção à UHC, com uma forte cobertura de serviços e menor dependência de despesas diretas do próprio bolso do que em muitas regiões. No entanto, as parcelas do orçamento destinadas à saúde permanecem abaixo da meta de 15% de Abuja, corroídas pela inflação, depreciação cambial e crescimento populacional. A execução irregular, os atrasos nos desembolsos e a visibilidade financeira limitada ao nível das instalações impedem a tradução total em prontidão de serviços. O declínio da assistência externa arrisca alargar as lacunas e reverter os ganhos, a menos que seja abordado por planos de transição liderados pelos países, tendo o financiamento público doméstico como base.

Recordamos a Agenda 2063 da União Africana, a Declaração de Abuja, a Estratégia de Saúde para África, o Plano Estratégico do CDC África, a Agenda de Segurança e Soberania da Saúde em África, a Agenda de Lusaka e as decisões da União Africana sobre financiamento, fabrico e aquisições conjuntas.

Notamos com preocupação que o declínio da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (ODA, em inglês), as pressões fiscais, a elevada dependência externa, a procura fragmentada, o financiamento e a transferência de tecnologia limitados e a capacidade regulatória irregular continuam a dificultar o fabrico local sustentável.

Acolhemos com satisfação o Fórum de Diretores de Planejamento e Políticas da África Austral e o *Think Tank* de Economia da Saúde, Financiamento e Gestão das Finanças Públicas, apoiados pelo CDC África, como bens públicos regionais para a liderança de políticas, aprendizagem entre pares e evidências de propriedade africana.

*Comprometemo-nos a:*

1. **Gerir a transição para um financiamento sustentável:** desenvolver planos de transição nacionais orçamentados; realizar revisões anuais conjuntas entre a Saúde e as Finanças; e integrar o financiamento externo no quadro nacional de Um Plano, Um Orçamento e Um Relatório;

2. **Expandir o financiamento público doméstico:** manter a tributação geral como base; progredir em direção a 15% dos orçamentos reais do governo; avaliar impostos consignados quanto à capacidade de gerar receita incremental, equidade e viabilidade;

3. **Fortalecer o financiamento e a Gestão das Finanças Públicas do centro à linha da frente:** melhorar a credibilidade do orçamento, a pontualidade dos desembolsos e a visibilidade financeira ao nível das instalações; fornecer às instalações de APS orçamentos operacionais previsíveis e prestação de contas;

4. **Avançar a UHC através do pré-pagamento integrado:** expandir o pré-pagamento mutualizado e reduzir as despesas diretas do próprio bolso. Preservar os direitos financiados por impostos; onde o Seguro Nacional de Saúde ou Seguro Social de Saúde for utilizado, desenhá-lo de forma complementar para grupos informais não pobres; evitar a fragmentação; fortalecer as compras estratégicas;

5. **Acelerar o fabrico local e as aquisições conjuntas:** promover a produção regional; fortalecer as cadeias de valor, a transferência de tecnologia e as competências; harmonizar a regulação; apoiar o Mecanismo Africano de Aquisições Conjuntas.

6. **Avançar a liderança de pensamento de propriedade regional:** Operacionalizar o Fórum de Diretores de Planejamento da África Austral e o *Think Tank* de Economia da Saúde, Financiamento e Gestão das Finanças Públicas.

*Apelamos:*

**Aos Estados-Membros:** exercer uma liderança governamental integral; tratar a saúde como um investimento estratégico; avançar as prioridades continentais de imunização na região; liderar planos de transição; selecionar arranjos de mutualização contextualmente, com direitos financiados por impostos como base;

**Às Comunidades Económicas Regionais (SADC, COMESA**): incorporar compromissos nas estratégias regionais; avançar na harmonização, cadeias de abastecimento e aquisições conjuntas.

**Ao CDC África:** dar apoio técnico coordenado; operacionalizar o Fórum e o Think Tank; monitorizar o progresso e reportar ao ReSCo;

**Aos parceiros:** respeitar a liderança governamental; alinhar-se com os planos nacionais; assegurar transições transparentes e ordenadas; investir na capacidade duradoura;

**Ao setor privado, academia e sociedade civil:** contribuir para o fabrico, inovação, evidências e prestação de contas.

*Solicitamos ao CDC África que:*

Forneça apoio contínuo à implementação no financiamento da saúde;

Operacionalize o Fórum de Diretores e o Think Tank com governança e planos de trabalho anuais;

Operacionalize o Quadro de Monitorização da Agenda de Lusaka aos níveis nacional e regional; alinhar indicadores e evitar sistemas paralelos;

Apoie o estabelecimento sustentável de INSP e Centros de Operações de Emergência em Saúde Pública — COESP ou COE (PHEOC, *Public Health Emergency Operation Centre*) incluindo a orçamentação e integração no orçamento;

Acelere a prontidão para o Mecanismo Africano de Aquisições Conjuntas;

Facilite a coordenação estruturada, a troca de conhecimentos e a aprendizagem entre pares;

Prepare um relatório de progresso regional validado pelos países para cada reunião do ReSCo.

*Reafirmação*

Reafirmamos o nosso compromisso com a UHC, a segurança e a soberania da saúde, fundadas no financiamento público doméstico, em uma Gestão das Finanças Públicas sólida, em sistemas integrados e em mecanismos de pré-pagamento adequados ao contexto. Utilizaremos o Seguro Nacional de Saúde / Seguro Social de Saúde e o financiamento inovador como complementos, fortaleceremos os cuidados de saúde primários, os Recursos Humanos para a Saúde (HRH), as cadeias de abastecimento e as instituições regionais, e avançaremos a apropriação africana do financiamento, das evidências e da liderança política.

Exprimimos a nossa gratidão à Sua Excelência Dra. Netumbo Nandi-Ndaitwah, Presidente da República da Namíbia, ao povo da República da Namíbia, ao Africa CDC, ao Secretariado do SARCC, às Comunidades Económicas Regionais, aos parceiros de desenvolvimento, aos delegados e a todas as partes interessadas cujas contribuições inestimáveis garantiram a realização bem-sucedida da 5.ª Reunião do Comité de Orientação Ministerial Regional da África Austral (ReSCO).

Adotado em Windhoek, República da Namíbia, no dia 21 de agosto de 2026.

**Sobre RETAC e ReSCo**

O **RETAC** e o **RESCO** (frequentemente grafado como *ReSCo*) representam as duas principais instâncias regionais de governança e assessoramento técnico descentralizado do CDC África.

Ambos operam no âmbito dos 5 **Centros Regionais de Coordenação** (*Regional Coordination Centers* – RCC) do CDC África (África Central, Oriental, do Norte, Austral e Ocidental) para garantir a governança em saúde, o alinhamento político e o direcionamento técnico em cada uma das sub-regiões do continente.

**1. ReSCo (Regional Ministerial Steering Committee / Comitê Diretor Ministerial Regional)**

O **ReSCo** é o **órgão político e decisório executivo** do CDC África em nível regional.

- **Composição:** Ministros da Saúde dos Estados-Membros da União Africana pertencentes a uma determinada sub-região (ex.: ReSCo da África Austral), juntamente com a liderança do CDC África e representantes das Comunidades Econômicas Regionais (REC).
- **Função principal:** exercer liderança política, aprovar estratégias regionais de saúde pública e definir as prioridades de financiamento, vigilância e resposta a emergências.
    - **Atribuições:** alinhar políticas regionais de vigilância epidemiológica, soberania sanitária e fabricação local de insumos e vacinas;
    - Homologar diretrizes táticas desenvolvidas pelas equipes técnicas e comitês de especialistas;
    - Coordenar pactos políticos regionais (ex.: monitoramento de finanças em saúde, resposta compartilhada a surtos como Mpox ou Ebola e resiliência climática).

**2. RETAC (Regional Technical Advisory Committee / Comitê Consultivo Técnico Regional)**

O **RETAC** é o **órgão consultivo e técnico de peritos** que dá assessoria técnica e científica ao CDC África e ao ReSCo.

- **Composição:** Especialistas técnicos, epidemiologistas, diretores de Institutos Nacionais de Saúde Pública (INSPs/NPHIs) e cientistas indicados pelos países da sub-região.
- **Função Principal:** Avaliar as evidências científicas, os dados epidemiológicos e as lacunas operacionais para formular recomendações técnicas fundamentadas.
- **Atribuições:**
    - Desenvolver diretrizes técnicas para resposta a surtos, vigilância transfronteiriça e redes laboratoriais (como a RISLNET);
    - Submeter pareceres técnicos e relatórios de avaliação de risco para embasamento das decisões tomadas pelos ministros no ReSCo;
    - Harmonizar protocolos operacionais padrão entre os diferentes países da sub-região.

**Diferença e relação de fluxo**

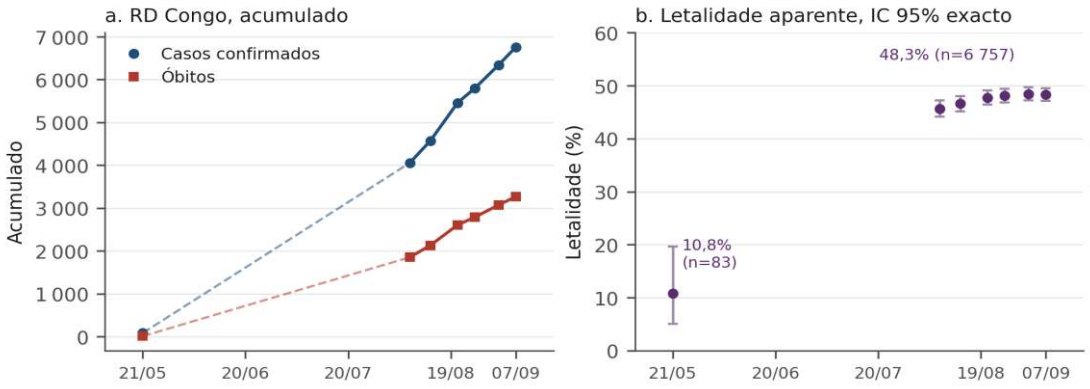
| Estrutura | Natureza | Nível de atuação | Papel Principal |
|---|---|---|---|
| **RETAC** | Técnica e Científica | Diretores de INSP, peritos e pesquisadores | Desenvolver evidências, estratégias técnicas e diagnósticos operacionais |
| **ReSCo** | Política e institucional | Ministros da Saúde | Traduzir recomendações técnicas em compromissos políticos, orçamentos e leis. |

**Fluxo de Trabalho:** O **RETAC** analisa o cenário sanitário e elabora recomendações técnicas que são submetidas ao **RESCO**, onde os Ministros da Saúde as transformam em decisões vinculantes e planos estratégicos regionais.

**Vigilância e surtos**

A epidemia de doença por vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo cresceu durante toda a quinzena, sem sinal de inflexão. Com dados de 7 de setembro, a OMS registrou 6.757 casos confirmados e 3.267 óbitos no país, uma letalidade aparente de 48,3% (OMS, 10/09/2026). Doze dias antes, com dados de 26 de agosto, o mesmo boletim tinha 5.794 casos e 2.786 óbitos (OMS, 28/08/2026). O incremento, 963 casos e 481 óbitos, corresponde a cerca de 80 casos confirmados por dia. Estão afetados 61 distritos sanitários de seis das 26 províncias, 51 dos quais notificaram casos nos últimos 21 dias, e Ituri concentra a maior parte da carga. O acompanhamento de contatos subiu para 85,3% (21.359 vistos de 24.719 a acompanhar), contra 82,3% no fim de agosto.

**Figura 1:** Doença por vírus Bundibugyo, RD Congo. Casos confirmados e óbitos acumulados (a) e letalidade aparente com intervalo exato de Clopper-Pearson (b), por data de corte das publicações da OMS, dos CDC e do plano nacional. O traço interrompido assinala o intervalo sem observações intermediárias coletadas.




**A letalidade que sobe não é, necessariamente, uma doença que piora.** O valor passou de 45,7% (IC 95% 44,1–47,2) em 7 de agosto para 48,4% (IC 95% 47,2–49,7) em 2 de setembro. Os intervalos exatos não se sobrepõem, logo a variação não se explica apenas por flutuação amostral. Daí não decorre que a virulência tenha aumentado: o mais provável é viés de averiguação. Cerca de 59% dos óbitos confirmados ocorrem fora das unidades de tratamento (MMWR, 01/09/2026), e a confirmação laboratorial post mortem na comunidade acrescenta

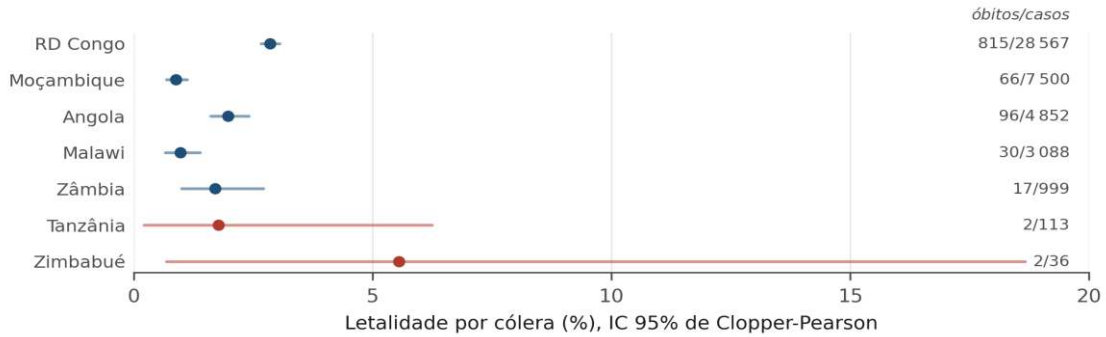
óbitos ao numerador, sem que o denominador recupere os casos ligeiros que nunca foram testados. O diretor-geral da OMS descreveu o mesmo quadro e observou que muitos dos falecidos não constavam de nenhuma lista de contatos (OMS, 01/09/2026). Enquanto a detecção depender do óbito, a letalidade medida informa tanto sobre o desempenho da vigilância quanto sobre a gravidade clínica.

Dois indicadores operacionais sustentam esta leitura: foram identificados 10,6 contatos por caso confirmado, contra uma meta de pelo menos 20, e só 72% dos alertas validados chegaram a ser testados, contra uma meta acima de 90% (MMWR, 01/09/2026). Com parte substancial das cadeias de transmissão por identificar, o denominador está truncado por construção.

**Deslocamento da vigilância.** A cólera oferece o contraponto. Entre janeiro e maio de 2026 a Região Africana notificou 61.888 casos e 1.230 óbitos, 46,2% deles na RD Congo (OMS, 30/06/2026). Desde 27 de julho, porém, a RD Congo, a Zâmbia, o Zimbábue e o Maláui não voltaram a atualizar dados de cólera (ECDC, 26/08/2026). Não é plausível que a transmissão tenha cessado nesses quatro países. O mais provável é que a capacidade de notificação tenha sido absorvida pela resposta ao Ebola, o que produz uma queda artificial das séries de cólera justamente onde a vigilância está mais pressionada. Ler essa queda como melhoria epidemiológica seria um erro.

A figura 2 mostra o risco de comparar letalidades entre países. O Zimbábue surge com 5,6%, o valor mais alto da região, mas com dois óbitos em 36 casos: o intervalo exato vai de 0,7% a 18,7%, largura de 18 pontos percentuais, amplitude que não permite distinguir o Zimbábue de qualquer outro país da série. A objeção vale igualmente para o Uganda na epidemia de Bundibugyo, onde dois óbitos em 20 casos dão 10,0% (IC 95% 1,2–31,7) (NICD, 07/09/2026). Ordenar países por letalidade com denominadores desta ordem produz um ranking sem conteúdo informativo.

**Figura 2:** Letalidade por cólera em países da SADC, janeiro a maio de 2026, com intervalos exatos de Clopper-Pearson. A vermelho, os países cujo intervalo excede 5 pontos percentuais de largura. Elaborado a partir da atualização epidemiológica multipaís n.º 38 da OMS.




**Atraso das séries.** Na data de leitura, 14 de setembro, o boletim semanal de surtos e emergências da OMS AFRO mais recente localizado cobria a semana 33, de 10 a 16 de agosto (OMS AFRO, consultado a 14/09/2026). São quatro semanas entre o fim do período de referência e a data de consulta, o que desaconselha usar essas séries para leitura de tendência na quinzena. A atualização multipaís da cólera, por sua vez, terminou na edição n.º 38, de 30 de junho, e a OMS transferiu a publicação mensal para o Weekly Epidemiological Record a partir de julho; não foi localizada nenhuma edição nova durante a quinzena. A mudança de veículo não é neutra, porque interrompe uma série com dados de país comparáveis. Na vigilância de

doenças crônicas não transmissíveis não se identificou publicação regional nova no período. A ausência conta: em vários Estados da SADC o inquérito STEPS e os registros de câncer continuam a ser a base de referência, e o intervalo entre rondas é longo.

**Financiamento e economia da saúde**

Em 4 de setembro a RD Congo e os parceiros lançaram um plano revisto de 180 dias, orçado em 1,3 bilhão de dólares, que cobre vigilância, rastreamento de contatos, cuidados clínicos, logística, comunicação de risco e preparação das províncias em risco (Africa CDC, 05/09/2026); (Ecofin, 07/09/2026). Sobrepõe-se ao plano continental conjunto da OMS e do CDC África, de 518 milhões de dólares para junho a novembro (OMS, 05/06/2026), e à revisão em alta de junho, que elevou a necessidade estimada a 1,4 bilhão (CNBC Africa, 25/06/2026).

O problema não é o valor pedido, é o que chega. No fim de junho o CDC África indicava 910 milhões em promessas e apenas 13% efetivamente liberados (CNBC Africa, 25/06/2026). Não foi possível localizar, durante a quinzena, atualização pública da taxa de desembolso. Enquanto a diferença entre promessa e transferência não for publicada com regularidade, os totais anunciados dizem pouco sobre a capacidade real de operação no terreno.

Em 1º de setembro o Reino Unido anunciou 51 milhões de libras adicionais, dos quais 40 milhões de fundos humanitários de contingência e 11 milhões remanejados de dotações já existentes, o que eleva o compromisso total a 78 milhões (FCDO, 01/09/2026). A distinção importa: cerca de um quinto do anúncio é rearranjo interno e sai de rubricas de cooperação que não foram identificadas. As fontes divergem sobre o mesmo número: o CDC África refere um total de 78,7 milhões de libras (Africa CDC, 06/09/2026) e parte da imprensa reproduziu o valor em euros. Diferenças de arredondamento e de moeda passam despercebidas, mas contaminam qualquer série de compromissos construída a partir de notícias.

O pano de fundo é a contração da ajuda. Em artigo de opinião de 5 de setembro, Ahmed Ogwell Ouma estima que a assistência ao desenvolvimento para a saúde em África caiu de 25,8 bilhões de dólares em 2021 para cerca de 13 bilhões em 2025, enquanto o número de emergências de saúde pública no continente subiu 41% no mesmo intervalo (African Arguments, 05/09/2026). São valores de autor, não de base oficial, e devem ser tratados como tal. A tendência coincide, ainda assim, com o que se observa nas alocações: o Fundo Global reduziu em cerca de 25% a dotação da África do Sul para o ciclo de 2028–2031, com saída programada para depois de 2034 (Bhekisisa, 28/04/2026). As metas também não têm sido confrontadas com o crescimento real. A meta de Abuja, 15% do orçamento público para a saúde, foi fixada em 2001 e continua sem cumprimento na maior parte dos Estados; substituir por receita interna uma perda anual desta ordem exigiria taxas de crescimento do gasto público em saúde bastante acima das observadas na última década.

**Comentários sobre a governança regional**

Em 31 de agosto o CDC África foi designado para representar as organizações regionais de saúde de todo o mundo na Task Force conjunta sobre reforma da arquitetura global da saúde, criada na sequência da 79.ª Assembleia Mundial da Saúde e da iniciativa UN80; a primeira reunião presencial ocorreu em 3 e 4 de setembro, em Genebra (Africa CDC, 31/08/2026). É um ganho de posição: o CDC África leva o mandato de 55 Estados-membros a uma mesa que discute mandatos, coordenação e prioridades de financiamento do sistema multilateral. Resta saber se a representação se traduz em capacidade de decisão ou apenas em consulta.

Em 8 de setembro, um grupo que inclui o Diretor-Geral do CDC África assinou texto conjunto em defesa de que o financiamento de emergência não basta e que mecanismos previsíveis devem existir antes das crises e abranger desenvolvimento, produção, aquisição e armazenamento de contramedidas médicas (Africa CDC, 08/09/2026). O argumento é conhecido. O que muda é a assinatura conjunta de instituições africanas e de financiadores do Norte no meio de um surto ativo.

Imediatamente antes da quinzena, dois eventos moldaram o quadro regional. A 76.ª sessão do Comité Regional da OMS para África ocorreu de 25 a 28 de agosto, em Adis Abeba, e adotou a estratégia de financiamento da saúde para 2026–2035, além do compromisso de formar e reter três milhões de profissionais de saúde até 2035 (OMS AFRO, 25–28/08/2026). A 46.ª Cúpula Ordinária da SADC, em 17 de agosto, em Durban, passou a presidência a Cyril Ramaphosa, pediu apoio continuado à RD Congo e saudou Angola, África do Sul e Zimbábue pela assistência prestada (SADC, 17/08/2026). O comunicado não contém decisões sobre financiamento da saúde, aquisição conjunta ou produção local, matérias que os ministros da Saúde e da Fazenda da região haviam tratado em julho, em Harare. Fora da janela, em 25 de setembro realiza-se a segunda reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre prevenção, preparação e resposta a pandemias (OMS, agenda, 25/09/2026); será o próximo ponto de observação.

**Produção local e acesso a medicamentos**

Não existe vacina licenciada contra o vírus Bundibugyo. Em agosto a OMS recomendou que a Ervebo, única vacina licenciada contra o Ebola, fosse incluída num ensaio aleatorizado no contexto do surto, com a ressalva de que a proteção cruzada esperada é limitada, com base em estudos em primatas não humanos com quatro animais por grupo (Al Jazeera/OMS, 07/08/2026). A vacinação de profissionais de saúde começou em 27 de agosto e, em 6 de setembro, 2.007 pessoas haviam sido vacinadas em seis distritos sanitários de três províncias (OMS, 10/09/2026). Para uma epidemia com mais de 6.700 casos confirmados, é um número pequeno, e a base de evidência que sustenta a decisão continua fraca.

Em 20 de agosto a CEPI anunciou 4,17 milhões de dólares para quatro estudos que avaliam se as vacinas existentes contra o vírus Ebola Zaire geram resposta imune contra o Bundibugyo, com primeiros resultados esperados em dois a seis meses e transferência de métodos laboratoriais para o INRB na RD Congo (CEPI, 20/08/2026). O montante é modesto face ao problema, e o que se transfere é capacidade analítica, não capacidade de produção.

Na aquisição, o Gana anunciou em 7 de setembro a adesão ao Mecanismo Africano de Aquisição Conjunta, com memorando assinado em 21 de agosto, em Acra (MyJoyOnline, 07/09/2026). A primeira licitação do mecanismo, concluída em maio, obteve preços 30% a 90% abaixo dos valores de referência dos Estados-membros em dez produtos de saúde materna e infantil, cinco deles com fabricantes africanos (Africa CDC, 12/05/2026). Nenhum Estado da SADC anunciou adesão formal durante a quinzena. A região mantém em paralelo os seus SADC Pooled Procurement Services, com meta de operacionalização plena no quarto trimestre de 2026 e redução de custos estimada até 40% (SADC, 01/04/2026). A articulação entre os dois instrumentos continua por definir, e a duplicação de estruturas de agregação de demanda no mesmo conjunto de países merece atenção nos próximos meses.

**Quadro 1:** Cronologia, 31 de agosto a 13 de setembro de 2026

| Data | Facto |
|---|---|
| 31/08 | Africa CDC designado para representar as organizações regionais de saúde na Task Force conjunta da OMS sobre reforma da arquitetura global. |
| 01/09 | Reino Unido anuncia £51 milhões adicionais (£40 mi novos, £11 mi remanejados); compromisso total £78 milhões. |
| 01/09 | Briefing de alto nível da OMS para Estados-membros sobre a resposta na RD Congo. |
| 03–04/09 | Primeira reunião presencial da Task Force, Genebra. |
| 04/09 | RD Congo lança plano revisado de 180 dias, orçado em 1,3 bilhão de dólares. |
| 06/09 | 2.007 pessoas vacinadas com Ervebo em seis distritos sanitários de três províncias. |
| 07/09 | Gana anuncia adesão ao Mecanismo Africano de Aquisição Conjunta (memorando de 21/08). |
| 07/09 | Data de corte: 6.757 casos confirmados e 3.267 óbitos na RD Congo. |
| 08/09 | Declaração conjunta de instituições africanas e financiadores sobre os limites do financiamento de emergência. |
| 10/09 | OMS publica atualização; risco mantido em “muito elevado” para a RD Congo. |

**Nota sobre método, fontes e limites.** Intervalos de confiança calculados pelo método exato de Clopper-Pearson a partir dos numeradores e denominadores publicados. As letalidades são aparentes, não ajustadas para o tempo até o desfecho nem para casos ainda em evolução, pelo que subestimam a letalidade final. Os dados de Uganda têm corte em 28 de julho. Não foi possível consultar o relatório semanal de inteligência epidémica do CDC África referente a setembro, nem boletins da OMS AFRO posteriores à semana 33; o artigo de revisão sobre vigilância de doenças não transmissíveis na Região Africana estava em acesso restrito. As associações descritas não são interpretadas como relações causais.