# Desafios da saúde pública e da diplomacia da saúde na África

## *Desafíos de la salud pública y la diplomacia sanitaria en África*

## *Public health and health diplomacy challenges in Africa*

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

**Resumo:** Este informe examina acontecimentos da saúde pública africana, com foco na preparação para pesquisa clínica, na ação multissetorial e na resposta ao surto de Ebola por vírus Bundibugyo. O financiamento adicional da CEPI apoia a rede de ensaios clínicos *hub-and-spoke* do CDC África, inicialmente na África Ocidental, para fortalecer a geração de evidências liderada localmente e a ativação rápida de pesquisas durante surtos. As consultas em Kigali avançaram um quadro e um plano de ação continental para doenças não transmissíveis, lesões e saúde mental, com coordenação intersetorial, financiamento sustentável e responsabilização. Na República Democrática do Congo, o surto de Ebola ultrapassou 10 mil casos confirmados, com transmissão persistente, pressão crescente no Nord-Kivu e lacunas no seguimento de contatos. Divergências nos registros de óbitos limitam a interpretação da letalidade. Casos ligados ao surto no Quênia e na Nigéria evidenciam desafios de vigilância transfronteiriça e diagnóstico. O compromisso africano de manter fronteiras abertas contrasta com restrições dos Estados Unidos, expondo tensões na diplomacia da saúde. O ensaio TUMAINI e a recomendação de incluir duas candidatas vacinais específicas oferecem perspectivas de geração de evidências, enquanto a contenção imediata depende de cuidados precoces, isolamento, rastreamento de contatos, enterros seguros e confiança comunitária.

**Palavras-chave:** Saúde pública; África; Diplomacia da saúde; Preparação para pesquisa clínica; Ebola por vírus Bundibugyo.

***Resumen:*** *Este informe examina acontecimientos de la salud pública africana, centrándose en la preparación para la investigación clínica, la acción multisectorial y la respuesta al brote de ébola por virus Bundibugyo. La financiación adicional de CEPI apoya la red de ensayos clínicos hub-and-spoke de Africa CDC, inicialmente en África Occidental, para fortalecer la generación de evidencia liderada localmente y la activación rápida de investigaciones durante brotes. Las consultas en Kigali impulsaron un marco y un plan de acción continental sobre enfermedades no transmisibles, lesiones y salud mental, con coordinación intersectorial, financiación sostenible y rendición de cuentas. En la República Democrática del Congo, el brote de ébola superó los 10.000 casos confirmados, con transmisión persistente, presión creciente en Nord-Kivu y deficiencias en el seguimiento de contactos. Las discrepancias en los registros de defunciones limitan la interpretación de la letalidad. Los casos vinculados al brote en Kenia y Nigeria evidencian desafíos de vigilancia transfronteriza y diagnóstico. El compromiso africano de mantener las fronteras abiertas contrasta con las restricciones estadounidenses, exponiendo tensiones en la diplomacia sanitaria. El ensayo TUMAINI y la recomendación de incluir dos candidatas vacunales específicas ofrecen perspectivas de generación de evidencia, mientras la contención inmediata depende de atención temprana, aislamiento, rastreo de contactos, entierros seguros y confianza comunitaria.*

***Palabras clave:*** *Salud pública; África; Diplomacia sanitaria; Preparación para la investigación clínica; Ebola por virus Bundibugyo.*

***Abstract:*** *This report reviews developments in African public health, focusing on clinical research preparedness, multisectoral action and the response to the Bundibugyo Ebola outbreak. Additional CEPI funding supports Africa CDC's hub-and-spoke clinical trial network, initially in West Africa, to strengthen locally led evidence generation and rapid research activation during outbreaks. Consultations in Kigali advanced a continental framework and action plan addressing noncommunicable diseases, injuries and mental health through intersectoral coordination, sustainable financing and accountability. In the Democratic Republic of Congo, the Ebola outbreak exceeded 10,000 confirmed cases, with persistent transmission, increasing pressure in Nord-Kivu and gaps in contact follow-up. Discrepancies between mortality reports limit interpretation of fatality estimates. Cases linked to the outbreak in Kenya and Nigeria highlight cross-border surveillance and diagnostic challenges. African commitments to keeping borders open contrast with United States travel restrictions, exposing tensions in health diplomacy. The TUMAINI trial and recommendations to include two Bundibugyo-specific vaccine candidates offer prospects for evidence generation, while immediate containment continues to depend on early care, isolation, contact tracing, safe burials and community trust.*

***Keywords:*** *Public health; Africa; Health diplomacy; Clinical research preparedness; Bundibugyo Ebola.*

**CDC África**

**Evento sobre reforço das capacidades de geração de evidências para surtos**

O Programa de Preparação para a Pesquisa do CEPI (*CEPI's Research Preparedness Program*), que visa reforçar a prontidão regional para ensaios clínicos e a geração de evidências de emergência, anunciou 8,2 milhões de dólares em financiamento adicional aos Parceiros Técnicos Coordenadores que lideram o seu componente na África Ocidental — o Instituto Internacional de Vacinas (IVI, *International Vaccine Institute*) e a Unidade do *Medical Research Council* de Gâmbia na Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (*MRCG Unit at LSHTM*) — para apoiar a implementação do modelo de ensaio clínico *hub-and-spoke* do CDC África.

O financiamento, anunciado num evento de lançamento a 22 de outubro em Accra, organizado pelo CDC África, Agência Africana de Medicamentos, OMS AFRO e CEPI, apoia a rede *hub-and-spoke* do CDC África, que liga os "hubs" experientes de pesquisa em ensaios clínicos a uma rede mais ampla de locais "spoke" mais próximos das áreas propensas a surtos. Foi concebido para permitir uma geração mais rápida e coordenada de evidência clínica durante epidemias e pandemias, reforçando a prontidão regional para futuras emergências de saúde. A implementação inicial irá centrar-se na África Ocidental, antes de se expandir para outras regiões de África.

> *Reforçar os sistemas de ensaios clínicos antes de ocorrerem surtos, em regiões onde são mais comuns, é fundamental se quisermos gerar evidências sem demora quando surgirem novas ameaças", disse o Dr. Richard Hatchett, CEO da CEPI. "Ao apoiar o modelo hub-and-spoke do Africa CDC, estamos a ajudar a construir uma rede regional de pesquisa clínica mais bem conectada e coordenada — totalmente alinhada com a Estratégia 3.0 do CEPI, que tem um foco fundamental em fortalecer redes de pesquisa globalmente conectadas para acelerar a resposta a surtos e o desenvolvimento de vacinas.*

Por toda a África, ocorrem múltiplos surtos de doenças infeciosas todos os anos que se espalham rapidamente por comunidades e fronteiras — muitos não têm vacinas aprovadas para se defenderem contra elas. O surto contínuo de Ebola Bundibugyo na República Democrática do Congo é um exemplo claro e atual disso. Este risco recorrente sublinha a importância de fortalecer previamente os sistemas de pesquisa clínica, para que os estudos clínicos necessários para desenvolver contramedidas possam ser iniciados sem demora quando surgem novas ameaças.

"Soberania em saúde significa África gerar a sua própria evidência, no seu próprio solo, para o seu próprio povo. Com o modelo *hub-and-spoke*, os locais africanos de ensaios clínicos deixarão de ser ativados apenas quando surgir uma crise. Em vez disso, serão mantidos quentes, ligados e prontos. O CDC África acolhe o investimento do CEPI e a liderança dos nossos Parceiros Técnicos de Coordenação e trabalhará com os Estados-Membros para expandir esta rede para além da África Ocidental e a todas as regiões do continente", afirmou o Dr. Jean Kaseya, Diretor-Geral do CDC África.

O modelo *hub-and-spoke* do CDC africano foi concebido para reforçar a colaboração entre os locais de ensaios clínicos e garantir que a capacidade de pesquisa construída durante períodos rotineiros possa ser rapidamente ativada durante surtos. Ao melhorar a coordenação entre países, o modelo apoia uma geração mais eficiente e padronizada de evidência clínica quando surgem novas ameaças de doença. Também ajuda a garantir que a capacidade de pesquisa clínica seja mais amplamente distribuída e esteja integrada de forma sustentável em sistemas nacionais e regionais, permitindo uma mobilização mais rápida durante surtos.

O modelo *hub-and-spoke* está intimamente alinhado com o Programa de Preparação para a Pesquisa do CEPI — também formalmente lançado no evento de Accra — que visa reforçar a capacidade dos locais de ensaio clínico para fazer uma rápida transição da pesquisa de rotina para a geração de evidências em surtos, reforçando os sistemas e competências relacionados nas regiões de maior risco de ameaças epidémicas e pandémicas. O Programa apoia o estabelecimento e manutenção de locais de ensaio clínico "quentes" ("*warm" clinical trial sites*), isto é, locais com a infraestrutura, pessoal treinado e sistemas necessários para ativar rapidamente a pesquisa clínica quando ocorre um surto. Isto está em linha com a Missão dos 100 Dias do CEPI — um objetivo de desenvolver vacinas seguras e eficazes dentro de 100 dias após a identificação de uma nova ameaça pandémica. Com este último financiamento, o CEPI comprometeu agora um total de 28,8 milhões de dólares americanos para o Programa, apoiando principalmente locais de ensaios clínicos na África Ocidental, bem como alguns locais também na África Oriental e Central.

As capacidades dos ensaios clínicos, reforçadas pelo apoio do CEPI, serão concebidas para utilização por uma vasta gama de parceiros, ajudando a garantir a sustentabilidade e interoperabilidade entre a pesquisa em vacinas, diagnóstico e terapêuticas, com princípios rigorosos de acesso aberto aplicados para apoiar a utilização ampla e equitativa dos dados e resultados. Esta abordagem pretende aumentar o valor e a flexibilidade a longo prazo da rede para além de surtos individuais, organizações ou desenvolvedores de produtos.

**Citações importantes de parceiros:**

> *"Uma chave para o sucesso do modelo hub-and-spoke[1] do CDC África é a forte apropriação por parte do hub e das próprias instituições spoke", disse o* ***Dr. Jerome H. Kim, Diretor-Geral do Instituto Internacional de Vacinas (IVI)****. "A IVI está comprometida em apoiar esta iniciativa como parte da nossa missão de fortalecer a capacidade de pesquisa de vacinas equitativa e sustentável e, como prioridade estratégica, ajudar a melhorar a preparação para futuros surtos."*
>
> *O* ***Dr. Florian Marks, Diretor-Geral Adjunto de Epidemiologia, Saúde Pública, Impacto no IVI****, acrescentou: "Como um dos Parceiros Técnicos de Coordenação do CEPI que apoiam a iniciativa, o IVI reconhece que o sucesso a longo prazo também dependerá da colaboração sustentada e da atividade de pesquisa contínua em toda a rede. Manter os locais ativamente envolvidos entre surtos é essencial para a capacidade de responder rapidamente quando surgem novas ameaças."*
>
> *"A preparação eficaz depende do investimento sustentado em sistemas de pesquisa, pessoas e parcerias muito antes de ocorrer uma emergência de saúde. Com a nossa experiência na implementação e apoio a ensaios clínicos na região e através desta colaboração com o CEPI, IVI, CDC África e parceiros regionais, estamos a ajudar a fortalecer uma rede conectada de locais de ensaios clínicos que podem gerar evidência rapidamente, ao mesmo tempo que desenvolvem uma capacidade de pesquisa duradoura em toda a África Ocidental", disse o* ***Professor Ed Clarke, Diretor da Unidade MRC/Gâmbia na LSHTM****.*
>
> *"Nenhuma instituição consegue tornar África pronta para investigação sozinha. A OMS, o CDC África, a Agência de Medicamentos Africanos, o CEPI e os nossos Estados-Membros devem trabalhar como um só ecossistema, com prioridades de pesquisas partilhadas, protocolos harmonizados, ética coordenada e revisão regulatória e locais de ensaio ligados aos sistemas nacionais de resposta a surtos. O surto de Bundibugyo na República Democrática do Congo reforça uma lição fundamental: não podemos esperar por uma emergência para construir a capacidade de pesquisa que uma emergência exige. Essa capacidade deve estar pronta antes de um surto, ativada rapidamente durante e mantida depois. A OMS trará as suas normas, ferramentas e experiência em operações de emergência para ajudar a gerar evidências de alta qualidade desde os primeiros dias de um surto", afirmou o* ***Dr. Mohamed Yakub Janabi, Diretor Regional da OMS para África****.*
>
> *"O próximo surto não esperará que África organize os seus sistemas de pesquisa e regulação. A preparação para a pesquisa e a preparação regulatória devem avançar em conjunto. A AMA está comprometida em integrar a prontidão regulatória nesta rede desde o início, para que a evidência liderada por africanos se torne acesso atempado a produtos médicos que salvam vidas", declarou a* ***Dra. Delese Mimi Darko, Diretora-Geral da Agência de Medicamentos Africanos****.*

**Notas para os leitores dos nossos Cadernos**

**CEPI — *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (Coligação para Inovações em Preparação para Epidemias)**

A CEPI é uma parceria global entre organizações públicas, privadas, filantrópicas e civis. A sua missão é acelerar o desenvolvimento de vacinas e outras contramedidas biológicas contra ameaças epidémicas e pandémicas, para que possam ser acessíveis a todas as pessoas necessitadas. No centro do plano da CEPI para ultrapassar a pandemia está a 'Missão dos 100 Dias' – o objetivo de desenvolver vacinas seguras, eficazes e acessíveis contra novas ameaças em apenas 100 dias. A CEPI procura 2,5 mil milhões de dólares para executar o CEPI 3.0, a sua

[1] Em forma de roda de bicicleta

estratégia 2027-2031, que irá reduzir sistematicamente a probabilidade, impacto e custo de epidemias e pandemias, conduzindo a Missão dos 100 Dias para uma realidade operacional. Saiba mais em CEPI.net.

**O Programa de Preparação para a Pesquisa da CEPI (*CEPI's Research Preparedness Program*)**

O Programa de Preparação para a Pesquisa da CEPI visa reforçar a capacidade dos locais de ensaios clínicos existentes em países de baixo e médio rendimentos para gerarem evidência de alta qualidade durante surtos. Em colaboração com *Parceiros Técnicos Coordenadores* regionais, o Programa apoia regiões prioritárias propensas a epidemias para construir capacidades de pesquisa sustentáveis e lideradas localmente, que podem passar rapidamente de estudos rotineiros para geração de evidências em emergências. Na África Ocidental, a iniciativa — facilitada pelo *International Vaccine Institute* (IVI) e pela *MRC Unit The Gambia* (MRCG) da LSHTM — reforçou a prontidão para ensaios clínicos em múltiplos locais e está a apoiar o CDC África a testar um modelo regional de ensaio clínico, *hub e spoke*. Tem também um programa semelhante numa fase anterior, operando na África Oriental e Central, com o PATH a atuar como Parceiro Técnico Coordenador inicial. O Programa de Preparação para a Pesquisa constitui uma parte fundamental do contributo da CEPI para a Missão dos 100 Dias.

**O Instituto Internacional de Vacinas (The International Vaccine Institute, IVI)**

O Instituto Internacional de Vacinas (IVI) é uma organização internacional independente originalmente criada por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em 1997. A sua missão é descobrir, desenvolver e fornecer vacinas seguras, eficazes e acessíveis — impulsionando a equidade, o impacto e a sustentabilidade das vacinas a nível global. O seu portfólio atual inclui vacinas em múltiplas fases de desenvolvimento pré-clínico e clínico, direcionadas a doenças infeciosas que impactam significativamente países de baixo e médio rendimentos, incluindo cólera, febre tifoide, Chikungunya, shigelose, salmonelose, esquistossomose, hepatite E, doenças relacionadas com HPV e estreptococos do grupo A e COVID-19. O IVI desenvolveu a primeira vacina oral contra a cólera de baixo custo do mundo e uma vacina conjugada contra a febre tifoide de nova geração, ambas pré-qualificadas pela Organização Mundial de Saúde. A IVI tem a sua sede em Seul, na Coreia do Norte, com um Escritório Regional na Europa, na Suécia, um Escritório Regional para África, no Ruanda, um Escritório Nacional na Áustria e um Escritório de País e Projetos no Quénia. O IVI também cofundou o *Hong Kong Jockey Club Global Health Institute* em Hong Kong e acolhe Centros Colaboradores no Butão, Burkina Faso, Gana, Etiópia, Nepal e Madagáscar. 44 países e a OMS são membros do IVI, e os governos da Coreia do Norte, Suécia, Índia, Finlândia, Áustria e Tailândia fornecem financiamento público. Para mais informações, por favor visite https://www.ivi.int.

**A Unidade MRC da Gâmbia na LSHTM**

A Unidade MRC[2] da Gâmbia na *London School of Hygiene & Tropical Medicine* (MRCG at LSHTM) é um dos principais centros africanos de pesquisa em saúde, com a visão de salvar vidas e melhorar a saúde na Gâmbia e em todo o mundo. Durante mais de 75 anos, trabalha com o governo da Gâmbia, as comunidades e os parceiros para formar a próxima geração de cientistas

[2] **Medical Research Council** – o Conselho de Pesquisa Médica da Gâmbia (país vizinho do Senegal e da Guiné-Bissau), uma instituição pública criada pelo Reino Unido antes da independência do país, mas continua muito ligado a LSHTM.

africanos e para reduzir o peso das doenças e da morte. Como centro de excelência para pesquisa e formação, a Unidade mantém-se empenhada em melhorar a saúde pública, gerando evidências científicas que informa políticas, impulsiona a implementação e gera impacto. Como exemplo, o ensaio clínico da vacina contra a raiva no Reino Unido também pode abrir caminho para a proteção contra a Doença X. Ler mais.

Etiópia, Noruega e Reino Unido comprometem-se com 240 milhões de dólares ao plano global da CEPI para enfrentar ameaças epidémicas e pandémicas. Ler mais.

**A arquitetura *hub-and-spoke* do CDC África**

No modelo organizacional do CDC África, a arquitetura *hub-and-spoke* (**eixo e raios**) é a estratégia central de descentralização e resposta rápida a emergências de saúde pública no continente.

Essa estrutura foi desenhada para evitar a dependência de decisões e recursos centralizados exclusivamente na sede, permitindo apoio técnico e vigilância epidemiológica adaptados às particularidades geográficas e epidemiológicas das 5 (cinco) sub-regiões da África:

| Nível Organizacional | Unidade / Sede | Função Principal |
|---|---|---|
| **Hub Central** | Sede do CDC África, Adis Abeba | Coordenação macro continental, políticas de saúde global e mobilização de recursos estratégicos |
| **Sub-Hub Regional (RCC Norte)** | Cairo, Egito | Apoio técnico e vigilância epidemiológica na Sub-região Norte |
| **Sub-Hub Regional (RCC Ocidental)** | Abuja, Nigéria | Apoio técnico e vigilância epidemiológica na Sub-região Ocidental |
| **Sub-Hub Regional (RCC Central)** | Libreville, Gabão | Apoio técnico e vigilância epidemiológica na Sub-região Central. |
| **Sub-Hub Regional (RCC Oriental)** | Nairóbi, Quénia | Apoio técnico e vigilância epidemiológica na Sub-região Oriental |
| **Sub-Hub Regional (RCC Austral)** | Lusaca, Zâmbia | Apoio técnico e vigilância epidemiológica na Sub-região Austral |
| ***Spokes* (raios de atuação)** | **Institutos Nacionais de Saúde Pública (NPHIs) dos 55 Estados-Membros** | Coleta local de dados, vigilância genômica, Laboratórios de Referência e resposta rápida no terreno |

**Objetivos práticos do modelo *hub-and-spoke:***

- **Reforço de redes integradas** (***RISLNET, Regional Integrated Surveillance and Laboratory Networks***): integração dos laboratórios regionais de referência para que amostras complexas não precisem de ser enviadas para fora do continente ou para a sede antes de serem analisadas;
- **Soberania e alerta precoce:** surtos locais (como Ebola, Marburg ou MPOX) recebem contenção inicial coordenada pelo RCC Sub-regional em articulação com os países afetados;

- **Partilha de recursos:** permite o envio rápido de equipas de resposta técnica (*Field Epidemiology Training Programs — FETP*) e insumos biológicos de forma transversal entre países vizinhos.

**Novo Quadro Multissetorial e Plano de Ação para as DNT, lesões e saúde mental**

Os Estados-Membros da União Africana estão um passo mais perto de uma resposta coordenada às doenças não transmissíveis (DNT), lesões e condições de saúde mental, após a finalização de um plano de ação multisetorial numa reunião técnica de cinco dias convocada pelo CDC África e realizada em 30 de outubro na capital do Ruanda, Kigali.

A iniciativa surge numa altura em que as DNT representam uma percentagem crescente de mortes em África, com cerca de 4,7 milhões em 2023. No início deste ano, dados da África do Sul mostraram que as DNT ultrapassaram as doenças infecciosas e outras condições transmissíveis, maternas e nutricionais como a principal causa de morte, refletindo uma mudança mais ampla na carga de doenças do continente.

Apesar deste desafio crescente, a prevenção e o tratamento continuam limitados por financiamento inadequado, acesso limitado aos cuidados e respostas fragmentadas a riscos para a saúde que vão além do setor da saúde.

O Plano de Ação Continental – desenvolvido em conjunto com o Quadro de Envolvimento, Coordenação e Ação Multissetorial (MECA, *Multisectoral Engagement, Coordination and Action Fraamework*) – procura traduzir a Posição Comum da União Africana sobre DNT, lesões e saúde mental em políticas e programas nacionais. Estes instrumentos estabelecem uma abordagem para coordenar intervenções governamentais, mobilizar financiamento sustentável, estabelecer mecanismos de responsabilização e monitorizar o progresso.

Representantes dos Estados-Membros da UA, seus órgãos, instituições académicas, organizações da sociedade civil e defensores dos pacientes contribuíram para o processo, com foco na implementação liderada pelos países que reflete prioridades nacionais e objetivos continentais partilhados.

“A Posição Comum da UA reconhece o importante papel da sociedade civil e das pessoas com experiência vivida. A sua participação significativa é essencial no desenvolvimento de planos de ação nacionais multisetoriais que reflitam as prioridades dos países”, afirmou o Dr. Mohammed Abdulaziz, Chefe da Divisão do CDC África.

O Quadro MECA responde à necessidade de uma coordenação mais estreita entre o setor da saúde e outras áreas governamentais cujas políticas influenciam a prevenção e gestão das DNT, lesões e condições de saúde mental.

“A MECA fornece uma base para o aumento do investimento em DNT, saúde mental e lesões, particularmente em países de baixo e médio rendimentos, onde respostas fragmentadas entre setores têm limitado o progresso”, disse o Conselheiro Técnico do CDC África, Professor Jean Claude Mbanya.

O financiamento interno também foi um foco das consultas, com os participantes a enfatizarem a importância do investimento governamental sustentado na implementação dos planos de ação nacionais.

"Encorajamos os Estados-Membros a acelerar a mobilização de recursos internos, incluindo através da implementação do compromisso da Declaração de Abuja de alocar 15% dos orçamentos nacionais à saúde", declarou o Sr. Nouhou Thiam, Presidente da Associação de Funcionários da UA.

A Posição Comum da União Africana permitirá aos Estados-Membros assegurar o compromisso político e sustentar o envolvimento de todos os setores ao longo da execução e monitorização do Plano de Ação nacional detido pelo país.

> *O percurso bem-sucedido do Ruanda na saúde e desenvolvimento destaca que o forte compromisso de liderança e a propriedade partilhada entre setores são motores-chave de um plano de ação multissetorial eficaz. Além disso, as plataformas de partilha de conhecimento permitem que todos os setores apresentem as suas conquistas, discutam desafios e aprendam uns com os outros para ampliar boas práticas de implementação.*
>
> ***Dr. Theoneste Maniragaba, do Centro Biomédico do Ruanda***

As recomendações técnicas de Kigali irão informar a finalização do Quadro MECA e do seu Plano de Ação Multissetorial correspondente. Em conjunto, espera-se que forneçam aos Estados-Membros uma base para uma implementação nacional coordenada, uma responsabilidade mais clara e progressos mensuráveis na redução de mortes e incapacidades evitáveis.

**Atualização sobre Ebola por vírus Bundibugyo**

**O surto passa os 10.000 casos e a resposta continua sem travar a transmissão**

**Introdução**

Seis meses depois de o CDC Africa ter dado o alerta sobre o surto na província do Ituri, a 15 de maio, a epidemia de doença por vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo (RDC) entrou na quinzena de 26 de outubro a 8 de novembro com mais de 10 000 casos confirmados. É a 17ª epidemia de Ébola no país e já a segunda maior de que há registo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou-a emergência de saúde pública de importância internacional a 17 de maio e o CDC África, no dia seguinte, emergência de saúde pública de segurança continental (ECDC, 06/11/2026). Não existe vacina nem terapêutica licenciada contra esta espécie de ebolavírus.

Nesta secção resumimos o que mudou na quinzena: a evolução dos números na RDC, os casos ligados ao surto no Quénia e na Nigéria, as decisões de governação continental, a polémica sobre restrições de viagem e o avanço dos ensaios de vacinas. O papel institucional do CDC África na diplomacia da saúde é tratado noutra parte deste informe.

**Situação epidemiológica na RDC**

Com dados até 25 de outubro, a RDC somava 10 060 casos confirmados e 4 887 óbitos (ECDC, 26/10/2026). Dez dias depois, com dados até 4 de novembro, os totais eram de 10 741 casos e 5 230 óbitos (ECDC, 06/11/2026). São mais 681 casos e 343 óbitos, cerca de 68 casos e 34 óbitos por dia. Aplicámos o cálculo aos períodos anteriores com a série de atualizações do ECDC e o resultado é o mesmo: 68 casos por dia entre 6 e 27 de setembro e 68 entre 27 de setembro e 18 de outubro. A curva acumulada é praticamente uma reta desde o início de setembro (Figura 1a). Não há aceleração, mas também não há sinal de declínio. Uma incidência

estável durante dois meses indica que as cadeias de transmissão estão a ser substituídas por novas ao mesmo ritmo a que são interrompidas.

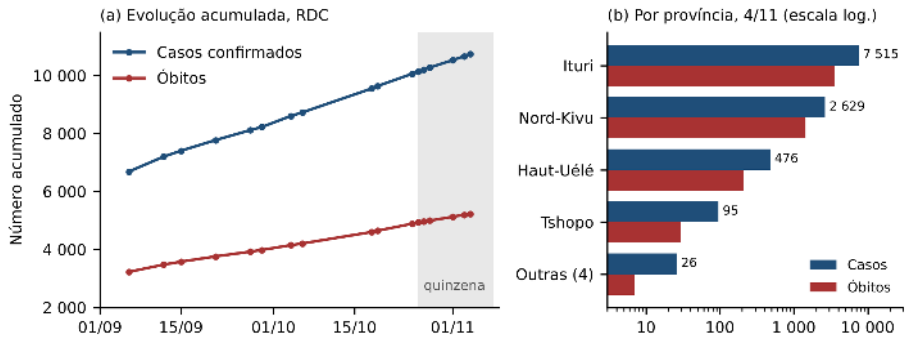
A letalidade entre os casos confirmados ficou em 48,7 %. A estimativa tem dois viés de sentido contrário. Os casos mais recentes ainda não têm desfecho conhecido, o que puxa a estimativa para baixo, e a testagem tende a captar mais os doentes graves e os óbitos, o que a puxa para cima. Não temos dados para saber qual dos dois efeitos pesa mais.

O Ituri continua a concentrar a maior parte dos casos (7 515; 70 %), seguido do Nord-Kivu (2 629), do Haut-Uélé (476) e da Tshopo (95). Estão atingidas 67 das 178 Zonas de Saúde, em oito Províncias, há 1 026 doentes internados em isolamento e 2 888 recuperados (ECDC, 06/11/2026). O dado mais relevante, porém, é outro. Nos relatórios mais recentes, o Nord-Kivu passou a contribuir com mais casos novos do que o Ituri: 39 dos 65 casos notificados a 2 de novembro e 36 dos 73 notificados a 5 de novembro (ECDC, 03/11/2026) (ECDC, 06/11/2026). Entre 1 e 4 de novembro, o Nord-Kivu acrescentou 111 casos e o Ituri 84. Só a Zona de Saúde de Beni tinha 661 casos e 443 óbitos, e os centros de tratamento da Província estavam a 86,3 % da capacidade (CGTN, 31/10/2026). A OMS anunciou, a 28 de outubro, novas equipas de intervenção rápida para reforçar a resposta no Nord-Kivu (OMS AFRO, 28/10/2026).

O seguimento de contatos continua abaixo do necessário: 82,7 % dos contatos identificados estavam em seguimento nas províncias afetadas (ECDC, 06/11/2026), contra uma meta de 95 % citada para o Nord-Kivu (CGTN, 31/10/2026). Continuam a morrer profissionais de saúde. O CDC Africa homenageou a médica Marie-France Shogogo, morta pela doença, e fontes locais referiram a morte de outros três médicos em 72 horas num centro de tratamento de Beni (CGTN, 31/10/2026).

Há também um problema de qualidade dos dados. O relatório de situação de 31 de outubro acrescentou 314 óbitos do Ituri depois de um trabalho de harmonização, mas esses óbitos não aparecem nos relatórios de 1 e 2 de novembro (ECDC, 03/11/2026). A 2 de novembro, o CDC Africa contava 5 372 óbitos na RDC (AFP/Daily Sabah, 03/11/2026), enquanto a série do INSP usada pelo ECDC indicava 5 126 (ECDC, 03/11/2026). A diferença, de 246 óbitos, é da mesma ordem de grandeza dos óbitos acrescentados na harmonização, mas não conseguimos confirmar que se trate deles. Na prática, a letalidade calculada a partir das séries públicas está provavelmente subestimada.

**Figura 1:** Ebola por vírus Bundibugyo na RDC. (a) Casos confirmados e óbitos acumulados, 6 de setembro a 4 de novembro de 2026; a área sombreada marca a quinzena. (b) Casos e óbitos acumulados por Província a 4 de novembro (escala logarítmica); "Outras" inclui Sud-Kivu, Bas-Uélé, Sud Ubangi e Nord Ubangi.




**Fonte:** elaboração própria a partir das atualizações do ECDC baseadas nos relatórios do INSP da RDC. Os óbitos não incluem os 314 acrescentados no relatório de 31 de outubro.

**Casos fora da RDC**

Em outubro, o vírus chegou ao Quénia e à Nigéria. No Quénia, o primeiro caso, um cidadão queniano que vivia na RDC e entrou no país pelo Uganda, foi notificado a 6 de outubro. Seguiram-se oito casos entre familiares e profissionais de saúde (nove no total, com dois óbitos), com transmissão até à terceira geração. O último caso foi notificado a 20 de outubro. A 3 de novembro, cinco doentes tiveram alta e 46 contatos terminaram a quarentena de 21 dias (ECDC, 06/11/2026). O CDC Africa mobilizou cerca de 1,51 milhões de dólares para a resposta queniana, além de 350 mil dólares em material de laboratório para o centro de operações de emergência (Dawan Africa, 29/10/2026).

Na Nigéria, o caso confirmado a 20 de outubro foi o de uma mulher que viajou do Uganda num voo internacional, com escala em Adis Abeba, e procurou cuidados em Abuja a 11 de outubro, quatro dias após o início dos sintomas. A 26 de outubro foi evacuada para Genebra e o marido, contato próximo, ficou isolado em Zurique (ECDC, 26/10/2026). Até 4 de novembro havia 62 contatos em seguimento, seis dos quais já tinham cumprido os 21 dias (ECDC, 06/11/2026). O ECDC destacou três peritos para Abuja a partir de 26 de outubro (ECDC, 06/11/2026).

O Uganda, que declarou o fim do seu surto em julho, informou a 25 de outubro que 60 contatos ligados ao caso queniano tinham concluído o seguimento e anunciou novas medidas nos pontos de entrada e restrições à circulação na fronteira com a RDC (ECDC, 06/11/2026). Fora do continente, um profissional de saúde britânico infectado na RDC foi evacuado para o Reino Unido a 5 de novembro (ECDC, 06/11/2026).

O caso nigeriano expõe uma falha de diagnóstico. Passaram 13 dias entre o início dos sintomas e a confirmação, numa capital com ligações aéreas para toda a região. A espécie Bundibugyo não é detectada pelos testes desenhados para o vírus Zaire, o que pode atrasar o diagnóstico fora das zonas onde a vigilância já está orientada para ela (Dawn/AFP, 21/05/2026).

**Governação continental e diplomacia**

A 28 de outubro, o Africa CDC reuniu virtualmente mais de 40 Ministros africanos. Eles comprometeram-se a preparar todos os países para eventuais casos, a coordenar a resposta transfronteiriça e a manter as fronteiras abertas, com vigilância apertada; os parceiros declararam apoio ao plano de contenção (Dawan Africa, 29/10/2026). No dia anterior, o Diretor-Geral do CDC Africa, Jean Kaseya, tinha estado com o Secretário de Saúde do Quénia, Aden Duale. A 30 de outubro, numa entrevista televisiva, Kaseya admitiu que o surto continua sem controlo (The Nigeria Lawyer, 30/10/2026).

A decisão de manter as fronteiras abertas contrasta com a medida que entrou em vigor nos Estados Unidos a 3 de novembro. Por uma ordem do CDC norte-americano de 22 de outubro, todos os passageiros e tripulantes de voos para os EUA, de qualquer nacionalidade e origem, têm de declarar que não estiveram na RDC nos 21 dias anteriores, sob pena de não embarcarem. A ordem vale até 18 de dezembro (AeroCorner, 03/11/2026). A IATA e a *Airlines for America pediram* ao CDC que reconsiderasse a exigência (Reuters/BusinessDay, 29/10/2026). Do lado da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus voltou a pedir, a 4 de novembro, o levantamento das restrições de viagem e disse que estas punem os países por fazerem a coisa certa e desincentivam a transparência (Al Jazeera, 04/11/2026). O Comité de Emergência do RSI já tinha recomendado, em agosto, rastreio dirigido à entrada em vez de proibições de viagem

ou comércio (ECDC, 06/11/2026). Esta é, a nosso ver, a principal tensão diplomática da quinzena: a posição continental de fronteiras abertas, alinhada com a OMS, frente a medidas unilaterais de países de destino.

O plano continental conjunto da OMS e do CDC Africa, lançado a 5 de junho com um orçamento de 518 milhões de dólares, foi desenhado para o período de junho a novembro de 2026 (Nigerian News Direct, 05/06/2026). Termina, portanto, este mês. Até 8 de novembro não encontrámos publicado um balanço de quanto foi efetivamente mobilizado, nem o anúncio de uma prorrogação ou de um novo plano.

Para a SADC, a epidemia é um assunto interno: a RDC é Estado-Membro, e Angola, Tanzânia e Zâmbia estão na lista de países em risco apontada pelo CDC Africa em maio (China Daily, 25/05/2026). A 46ª Cimeira de Chefes de Estado e de Governo, em agosto, tratou do surto (SADC, 17/08/2026). Na quinzena, porém, não localizámos qualquer comunicado da SADC ou do seu Secretariado sobre o Ébola.

**Vacinas: o ensaio TUMAINI e o calendário dos resultados**

O ensaio de fase 2/3 TUMAINI começou a 23 de outubro em Bunia, com vacinação em anel de contatos, inicialmente com a Ervebo, licenciada para o vírus Zaire, para testar se confere proteção cruzada contra o Bundibugyo. O protocolo inclui grávidas e crianças a partir dos 12 anos (Al Jazeera, 24/10/2026). A 4 de novembro, os grupos de peritos da OMS recomendaram juntar ao ensaio duas candidatas desenhadas especificamente para o Bundibugyo: a ChAdOx1 BDBV, da Universidade de Oxford com o *Serum Institute of* Índia, e a mRNA-1469, da Moderna. O ensaio é conduzido pelo Instituto Nacional de Investigação Biomédica (INRB) da RDC e os resultados são esperados no início de 2027 (Al Jazeera, 04/11/2026) (Euronews, 04/11/2026). Tedros lembrou que as vacinas não substituem o que já se sabe que salva vidas: cuidados precoces, rastreio de contatos, isolamento, enterros seguros e confiança das comunidades (Euronews, 04/11/2026).

O ensaio tem valor científico, porque gera evidência em grupos que costumam ficar de fora destes estudos. Para a resposta deste ano, o efeito será pequeno. Até lá, o controlo da epidemia continua a depender das medidas clássicas, precisamente aquelas em que os indicadores do Nord-Kivu estão mais fracos.