

UMA SÓ SAÚDE E O DUPLO FARDO SANITÁRIO EM ANGOLA: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DOS DESAFIOS DE VIGILÂNCIA NA REDE SANITÁRIA CSE (2022–2024)

ONE HEALTH AND THE DUAL HEALTH BURDEN IN ANGOLA: ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND SURVEILLANCE CHALLENGES IN THE CSE HEALTH NETWORK (2022–2024)

Roygue Alfredo^{1,2}

1. Epidemiologista de Campo e Laboratorial

2. Serviço de Vigilância Epidemiológica da Clínica Sagrada Esperança, Luanda, Angola

Recebido: 25/07/2026 - Aceite: 28/07/2026 - Publicado: 31/07/2026

Introdução

A implementação de sistemas de vigilância epidemiológica activos e proactivos transcendeu o debate académico para se consolidar como o pilar central da segurança sanitária global⁽¹⁾. Na última década, o aumento exponencial de emergências de saúde pública de importância internacional (ESPII), associado à rápida disseminação de agentes patogénicos e a desequilíbrios ecológicos, sociais e transfronteiriços, tem desafiado os sistemas de saúde pública global, em especial no continente africano⁽²⁾. Diante deste cenário de vulnerabilidade latente, o questionamento crítico que se impõe aos decisores políticos e gestores de saúde em Angola reside na transição de um modelo de resposta reactiva para uma arquitectura de preparação e antecipação integrada.

Angola possui um enquadramento jurídico e normativo robusto para sustentar esta prontidão. A nível macro, a Constituição da República de Angola de 2010 (Artigo 137.º) confere ao Executivo a competência de salvaguardar a saúde pública e a segurança nacional⁽³⁾. No plano infraconstitucional, o Decreto Presidencial n.º 277/20 estabelece a coordenação de gestão de riscos e catástrofes, e o Decreto Executivo de 13 de Setembro de 2024 formaliza a criação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COESP), integrando o país nas redes globais de resposta. Além disso, enquanto Estado-Membro da Organização Mundial da Saúde (OMS), Angola é signatária do Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005), ratificado pela Resolução n.º 32/08⁽⁴⁻⁵⁾.

Apesar deste forte alicerce legal, subsistem lacunas estruturais crónicas na preparação, comunicação e coordenação intersectorial. Para compreender a dimensão deste desafio, a análise epidemiológica da Rede Sanitária da Clínica Sagrada Esperança (CSE) surge como um microcosmo ideal. Com um registo de 231.398 casos avaliados no triénio de 2022 a 2024, os dados da rede CSE funcionam como um espelho fidedigno

das forças e fragilidades do Sistema Nacional de Saúde de Angola⁽⁶⁾.

O Duplo Fardo Sanitário e a Transição Epidemiológica

Os resultados obtidos revelam a coexistência e consolidação de uma complexa transição epidemiológica em Angola, caracterizada pelo fenómeno do "duplo fardo sanitário". O país enfrenta a pressão simultânea e severa de doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) e de doenças infecciosas e parasitárias persistentes⁽⁷⁾.

Por um lado, o avanço das DCNT na rede CSE é alarmante, designadamente⁽⁶⁾:

Hipertensão Arterial (HTA): Registou 45.890 casos no triénio (19,8% das notificações gerais) e culminou em 56 óbitos, o que equivale a 23,1% da mortalidade total registada.

Diabetes Mellitus: Contabilizou 14.848 casos e causou 50 mortes (20,7% da mortalidade global).

Em conjunto, estas duas patologias metabólicas e cardiovasculares foram responsáveis por mais de 43,8% de todos os óbitos documentados no triénio. Este panorama corrobora a tese de que os ambientes urbanos e as alterações nos estilos de vida na África Subsariana estão a acelerar a morbilidade cardiovascular de forma galopante (World Health Organization [WHO], 2023)⁽⁸⁾.

Por outro lado, as patologias infecciosas clássicas continuam a exercer uma pressão epidemiológica esmagadora: A Malária permanece endémica e altamente prevalente, com 36.335 casos registados (15,7% das notificações). A Febre Tifóide acumulou 17.307 casos (7,5% das ocorrências). Somadas, estas duas doenças transmissíveis sobrecarregaram os serviços assistenciais da rede com mais de 53 mil casos (53.642) no triénio analisado⁽⁶⁾.

Correspondência

Roygue Alfredo

E-mail: royguealfredo77@gmail.com

Como Citar: Alfredo, R. (2026). Uma Só Saúde e o duplo fardo sanitário em Angola: análise do perfil epidemiológico e dos desafios de vigilância na Rede Sanitária CSE (2022–2024). Rev. Cient. Clín. Sagrada Esperança, 18(15), 7-9. <https://doi.org/10.70360/rccse.v.220>



© 2026, [Alfredo, R.]. Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Vulnerabilidade Demográfica e Desafios Assistenciais

Ao analisar os perfis de mortalidade por faixa etária e grupo clínico, a vulnerabilidade dos extremos demográficos torna-se evidente. A população idosa e adulta-sénior (indivíduos com mais de 50 anos) concentrou esmagadores 72,3% dos óbitos registados (175 de 242 mortes)⁽⁶⁾.

No plano das infeções agudas, as Infeções Respiratórias Agudas Graves (IRAG) em indivíduos com 5 ou mais anos destacaram-se como a maior causa isolada de mortalidade hospitalar na rede CSE, contabilizando 23.789 casos e gerando 66 óbitos (27,3% da mortalidade total). Este dado demonstra que, para além da gestão das DCNT crónicas, as complicações respiratórias agudas representam o maior ponto de ruptura assistencial das unidades de internamento. Isto evidencia a necessidade urgente de revisão e optimização dos protocolos de triagem e cuidados respiratórios intermédios⁽⁶⁾.

Assimetrias Regionais e Qualidade dos Dados de Vigilância

A eficácia de um sistema de vigilância reside na sua capacidade de manter a cobertura espacial homogénea e a representatividade dos dados. No entanto, a análise territorial das 26 unidades assistenciais da rede CSE expõe profundas assimetrias na qualidade do reporte de informação epidemiológica. Embora a taxa de cobertura global no triénio se situe em 72,0%, as assimetrias provinciais geram "pontos cegos" analíticos graves. Unidades em polos urbanos e industriais como Ilha (Luanda), Talatona (Luanda) e Cabinda alcançaram 100% de cobertura. Em contraste, províncias críticas como Cunene e Moxico registaram uma taxa de cobertura de apenas 33,3%⁽⁶⁾.

A descontinuidade de dados em regiões de fronteira e de alta rotação migratória impede a detecção precoce de surtos e limita a utilidade prática do sistema de vigilância em tempo oportuno. Como amplamente debatido na literatura do CDC (2001), sistemas de vigilância com baixa estabilidade e representatividade falham em antecipar o alastramento de surtos epidémicos⁽⁹⁾.

A Abordagem "Uma Só Saúde" perante Vectores e Patógenos Emergentes

A interdependência entre a saúde humana, a saúde animal e as alterações ambientais (paradigma One Health ou "Uma Só Saúde") encontra sólida evidência empírica nos resultados da rede CSE⁽⁶⁻¹⁰⁾. O salto de diagnósticos de Dengue que escalou de 3.580 casos em 2022 para 4.851 casos em 2024 (totalizando 12.656 casos no triénio) — aliado ao aumento de mais de 100% nas notificações de Chikungunya (144 casos em 2022 para 355 casos em 2024) e ao registo de patologias zoonóticas como a Leptospirose, prova a forte influência das dinâmicas ecossistémicas e do saneamento básico na saúde humana⁽¹⁴⁾.

Tratar estas patologias transmissíveis emergentes de forma exclusivamente clínica, ignorando os seus determinantes ambientais e vectoriais, é um erro estratégico que perpetua a vulnerabilidade sanitária de Angola. A transição para uma vigilância que integre a monitorização climática, o controlo vectorial e a saúde animal é um imperativo de sobrevivência global⁽¹¹⁾.

Da Vigilância Setorial à Proteção do Setor Extrativo e Fronteiriço

O fortalecimento do sistema de vigilância epidemiológica na rede CSE deve servir como vector para a construção de um modelo aplicável a sectores estratégicos do desenvolvimento nacional, em particular o Sector Mineiro. A actividade mineira em Angola localiza-se frequentemente em regiões remotas e

fronteiriças de alta vulnerabilidade biológica, onde os países vizinhos notificam de forma cíclica doenças emergentes de alta letalidade, como a Doença por Vírus Ébola, Marburg e a Cólera⁽¹²⁾.

As fragilidades estruturais nos pontos de entrada terrestres constituem um nível de alerta elevado para o Grupo Endiama e outros intervenientes económicos do sector. Torna-se imperativo, portanto, projectar e implementar Planos de Continência e Resposta robustos adaptados à indústria extrativa. Estes planos devem contemplar procedimentos operacionais padrão (POPs) rigorosos para rastreio e isolamento nos pontos de entrada mineiros, formação contínua no uso de equipamentos de protecção individual (EPI) e colectiva e alocação prévia de recursos financeiros e insumos médicos em zonas mineiras remotas para blindar as cadeias produtivas contra surtos.

Recomendações Críticas para a Acção

Para transitar de um modelo reactivo para uma postura proactiva, propõe-se três intervenções estruturais imediatas:

Descentralização e Fortalecimento de Capacidades: Canalizar investimentos estruturados para as províncias com cobertura deficitária (como Cunene, Moxico e Lunda Norte), garantindo a estabilidade e a qualidade do preenchimento das Fichas de Notificação Individual e Boletins Epidemiológicos Semanais e Mensais (SNVII e SNVIII)⁽⁶⁾.

Implementação da Vigilância de Base Comunitária (VBC): Complementar a tradicional Vigilância Baseada em Indicadores (VBI) com canais de VBC, permitindo a detecção de sinais informais e rumores na comunidade antes que os casos sejam confirmados laboratorialmente e a posterior transitar para a Vigilância Baseada em Eventos (VBE) com limiares de alerta previamente definidos⁽¹²⁾.

Sinergia Institucional e COESP: Integrar plenamente a infraestrutura de dados da rede CSE com o recém-criado Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COESP) de Angola, facilitando a partilha célere de inteligência epidemiológica com a Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e parceiros internacionais⁽¹³⁾.

Conclusão

Os dados recolhidos no triénio 2022 – 2024 pela Rede Sanitária da CSE superam a categoria de simples registos clínicos, configuram-se como inteligência epidemiológica de alto valor estratégico. A existência comprovada de um duplo fardo sanitário, as fragilidades geográficas no reporte de dados e a ameaça persistente de surtos transfronteiriços exigem decisões governamentais integradas. O tempo para diagnosticar os problemas já passou; urge que as lideranças políticas e corporativas demonstrem a coragem executiva necessária para converter estas evidências em políticas de prevenção eficientes, sob pena de continuarmos a contabilizar mortes evitáveis⁽¹⁵⁾.

ARTIGO DE OPINIÃO

Uma Só Saúde e o Duplo Fardo Sanitário em Angola: Análise do Perfil Epidemiológico e dos Desafios de Vigilância na Rede Sanitária CSE (2022 – 2024)

Referências bibliográficas

- (1) **World Health Organization.** (2025). Health emergency prevention, preparedness and response (HEPR): A global framework for health security. World Health Organization.
- (2) **World Health Organization.** (2005). International Health Regulations (2005) (3rd ed.). World Health Organization.
- (3) **Angola.** (2010). Constituição da República de Angola. Assembleia Nacional.
- (4) **Angola.** (2020). Decreto Presidencial n.º 277/20, de 26 de outubro de 2020. Estabelece o quadro jurídico geral para a preparação para emergências e a gestão do risco de catástrofes. Diário da República.
- (5) **Angola.** (2024). Decreto Executivo de 13 de Setembro de 2024 (Ministério da Saúde). Cria o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COESP). Diário da República.
- (6) **Boletim Epidemiológico da Rede Sanitária da Clínica Sagrada Esperança,** Edição, 2022, 2023 e 2024.
- (7) **Boletim Epidemiológico Nacional,** Direcção Nacional de Saúde Pública, Edição 24.
- (8) **World Health Organization.** (2023). Global status report on noncommunicable diseases 2023.
- (9) **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** (2001). Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: Recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR Recommendations and Reports, 50(RR-13), 1–35.
- (10) **Lancet Commission.** (2026). One Health: Integrating human, animal, and environmental health for global health security. The Lancet, 407(10523), 112–135.
- (11) **Jones, K. E., Patel, N. G., Levy, M. A., Storeygard, A., Balk, D., Gittleman, J. L., & Daszak, P.** (2008). Global trends in emerging infectious diseases. Nature, 451(7181), 990–993.
- (12) **Manual de vigilância Epidemiológica Integrada de Doenças e Resposta,** IIIª Edição, Angola, 2021.
- (13) **Manual Nacional do COSP.** (2025). Diretrizes operacionais para os centros de operações de emergência em saúde pública. Ministério da Saúde de Angola.
- (14) **Rosenthal, J., Balakrishnan, R., & One Health Consortium.** (2015). Zoonotic origins of public health emergencies: A systematic review. Infectious Diseases of Poverty, 4(1), 22–31.
- (15) **Hilderink, H. B., & de Winter, H. B.** (2021). Global environmental changes and epidemic outbreaks: Connecting the dots in transboundary public health. Environmental Science & Policy, 116, 124–131.