

REUNIÃO DO GRUPO DE ACÇÃO SOBRE VIGILÂNCIA INTEGRADA DA DOENÇA E RESPOSTA (VIDR), ENTEBBE, UGANDA

RELATÓRIO

19 A 22 DE SETEMBRO DE 2017



Organização
Mundial da Saúde
ÁFRICA

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA

© Escritório Regional da OMS para a África

Esta não é uma publicação oficial da Organização Mundial da Saúde. A correspondência nesses relatórios pode ser direcionada para:

Programa de Emergências de Saúde
Escritório Regional da OMS para a África
Caixa postal. 06 Cité du Djoué, Brazzaville, Congo
Email: afrooutbreak@who.int

Os pedidos de permissão para reproduzir ou traduzir esta publicação - seja para venda ou para distribuição não comercial - devem ser enviados para o mesmo endereço.

As denominações empregadas ea apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial de Saúde sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou a respeito da delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontuadas em mapas representam linhas de fronteira aproximadas para as quais ainda não pode haver acordo total.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Mundial da Saúde para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem garantia de qualquer tipo, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhum caso, a Organização Mundial da Saúde ou o seu Escritório Regional para a África serão responsáveis pelos danos resultantes da sua utilização.



ABREVIACÕES

AAR	Revisão pós-acção
AFENET	Rede africana de epidemiologia de terreno
AFRO	Escritório Regional da OMS para África
CBS	Vigilância de base comunitária
CBSV	Voluntário de vigilância com base comunitária
CDC	Centros de controlo e prevenção das doenças
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CHW	Trabalhador de saúde comunitário
CME	Educação médica contínua
DRM	Gestão de risco de catástrofes
EBS	Vigilância com base em ocorrências
ECSA-HC	Comunidade de Saúde da África Oriental, Central e Austral
E-Surveillance	e-Vigilância
DVE	Doença do Vírus do Ébola
EWARN	Rede de Alerta e Resposta Precoce
EWARS	Sistema de Prevenção, Alerta e Resposta Precoce
FAO	Organização para a Alimentação e a Agricultura
GHSA	Agenda Mundial para a Segurança Sanitária
GLASS	Sistema mundial de vigilância da resistência antimicrobiana
IDSR	Vigilância integrada das doenças e resposta
JICA	Agência Japonesa de Cooperação Internacional
MdS	Ministério da Saúde
NAPHS	Plano de acção nacional para a segurança sanitária
OIE	Organização Mundial para a Saúde Animal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHE	Public Health England
PHE	Ocorrência de saúde pública
RAM	Resistência Anti-Microbiana
RISLET	Rede regional de vigilância e laboratórios
RSI	Regulamento Sanitário Internacional (2005)
SIMEX	Exercícios de simulação
POPs	Procedimentos operacionais padronizados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional
WAHO	Organização da Saúde da África Ocidental
WARDS	Vigilância regional das doenças da África Ocidental
WHE	Emergências sanitárias da OMS

ÍNDICE

SINOPSE.....	4
INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Contexto.....	7
1.2 Objectivos e resultados esperados.....	7
1.2.1 Objectivo geral:.....	7
1.2.2 Objectivos específicos:.....	7
1.2.3 Resultados esperados:.....	7
1.3. Metodologia da reunião:.....	7
CERIMÓNIA DE ABERTURA.....	8
SESSÕES TÉCNICAS.....	9
2.1 Objectivo 1: Rever os progressos da implementação da estratégia VIDR na última década e fazer recomendações para intervenções prioritárias.....	9
2.1.1 Visão geral das estratégias em curso e novas e quadro de reforço da preparação na Região Africana da OMS.....	9
2.1.2 Implementação da Agenda Mundial de Segurança Sanitária na Região Africana da OMS: principais resultados, questões e desafios e caminho a seguir.....	9
2.1.3 Actividades de preparação e resposta no contexto da abordagem Uma Só Saude.....	10
2.1.4 Implementação da VIDR: lições e caminho a seguir.....	11
2.1.5 Vigilância de base comunitária: lições e melhores práticas.....	11
2.1.6 Vigilância baseada em ocorrências : lições e melhores práticas.....	11
2.1.7 Desenvolvimento da VIRD: lições e melhores práticas.....	12
2.1.8 Vigilância da RAM: lições e melhores práticas.....	13
2.1.9 Investigação e resposta a surtos: lições e melhores práticas.....	13
2.2 Objectivo 2: Recomendar acções de reforço dos mecanismos nacionais de coordenação da IDSR.....	14
2.2.1 Parceria para a implementação da IDSR.....	14

2.2.2	Parceria para o reforço da preparação e resposta.....	15
2.2.3	Acções da WAHO ligadas à implementação da VIDR e caminho a seguir.....	15
2.2.4	Lançamento oficial do curso de e-Learning da VIDR.....	15
2.3	Sessões temáticas.....	16
2.4	Objectivo 3: Recomendar accões de promoção de partilha de informações sobre a VIDR entre agências participantes e Estados Membros.....	18
2.4.1	Materiais de informação e documentação.....	18
2.4.2	Implementação da e-Vigilância: lições aprendidas e melhores práticas.....	20
2.5	Sessões temáticas.....	23
2.6	Reunião com os Parceiros.....	26
2.6.1	Comentários de abertura	26
2.6.2	Declarações e reacções dos parceiros.....	29
	UNICEF.....	29
	US-CDC.....	29
	USAID.....	29
	CDC para Africa.....	29
	WAHO.....	30
	FAO.....	30
	ECSA.....	30
2.6.3	Resumo e Recomendações e caminho a seguir no seguimento da reunião dos parceiros.....	31
2.6.4	Recomendações da reunião do Grupo de acção VIDR:.....	31
ANEXOS	37
	Anexo 1. Termos de Referência.....	38
	Anexo 2. Agenda da reunião.....	41
	Anexo 3. Lista de participantes.....	44

SINOPSE

Em 1998, o Escritório Regional para África da Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO), na 48ª Reunião do Comité Regional (resolução AFR/RC48/R2), adoptou uma estratégia para desenvolver e implementar sistemas abrangentes e integrados de vigilância e resposta da saúde pública nacional.

Em Outubro de 2000, o Director Regional criou um grupo de acção para fornecer orientação política e estratégica sobre a implementação da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VIDR) nos Estados Membros. Os membros do Grupo de Acção da VIDR são representantes dos Estados Membros, da OMS e dos parceiros envolvidos na vigilância e resposta às doenças. Entre 2000 e 2005, o secretariado organizou as reuniões anuais do Grupo de Acção IDSR. Os termos de referência do Grupo de Acção IDSR são os seguintes:

Rever, anualmente, o progresso regional na implementação da VIDR;

Aprovar o plano de acção VIDR e o seu orçamento com base nas recomendações do Grupo de Acção;

Contribuir para a identificação e mobilização de recursos (humanos, materiais e financeiros) para a implementação da VIDR na Região Africana;

Promover a partilha atempada entre os parceiros de informações sobre a VIDR;

Propor recomendações ao Director Regional sobre como melhorar a implementação da estratégia VIDR;

Advogar o aprofundamento da implementação da VIDR.

Após 15 anos de limbo, o secretariado convocou a 6ª reunião do Grupo de Acção VIDR em Entebbe, Uganda, de 19 a 22 de Setembro de 2017, com o objectivo geral de fornecer orientação estratégica para a expansão da VIDR na Região Africana da OMS. Os objectivos específicos da reunião foram:

- Avaliar o progresso na implementação da estratégia VIDR na última década e fazer recomendações para intervenções prioritárias;
- Discutir a mobilização dos recursos técnicos e financeiros necessários ao nível regional e nacional e recomendar maneiras de melhorar o uso coordenado dos recursos VIDR;
- Recomendar acções para o reforço dos mecanismos nacionais de coordenação da VIDR;
- Propor medidas para promover a partilha de informações sobre a VIDR entre as agências participantes e os Estados Membros.

Um total de 65 participantes estiveram presentes na reunião. Incluíram pessoas focais da VIDR dos ministérios da saúde nacionais de 41 Estados Membros, nove parceiros, incluindo o CDC dos EUA, a USAID, a FAO, os CDC de África, a UNICEF, a AFENET, a WAHO, a ECSA-HC e a Public Health England e 15 peritos dos três níveis (país, região, sede) da OMS.

A Excelentíssima Ministra da Saúde, ao agradecer a OMS pela organização da reunião do Grupo de Acção, disse que estava feliz por esta segunda reunião do grupo de trabalho ter sido realizada no Uganda, após a de 2005. Sublinhou a importância de enfrentar os desafios que travam a implementação da VIDR na Região Africana. Destacou que a reunião oferece a oportunidade aos diferentes peritos de discutir: i) os mecanismos de coordenação; ii) a colaboração entre sectores e parceiros relevantes; iii) a vigilância transfronteiriça; iv) a partilha de informações e melhores práticas; e v) a sustentabilidade da implementação da IDSR.

O curso de e-Learning da VIDR, que é uma ferramenta de formação electrónica, foi lançado oficialmente durante a reunião e pode ser acedido usando o seguinte link:

Curso da Plataforma de Aprendizagem de Segurança Sanitária da OMS

- Etapa 1: Criar uma conta com o link seguinte:
- <https://extranet.OMS.int/ads/adswebinterface/create.aspx>
- (Guarde o seu nome de utilizador e a sua palavra passe para poder recuperá-los facilmente. Irá precisar deles para entrar na plataforma de aprendizagem).
- Etapa 2: Utilizar o link seguinte para aceder ao curso de e-learning:



- <https://extranet.OMS.int/hslp/training/course/view.php?id=119>

Curso a partir da Plataforma US-CDC

<https://idsr.mlearning.com/cs/onboarding/>

Apresentações nacionais do progresso da implementação da VIDR na última década

As apresentações de países para partilha de melhores práticas foram feitas por: Uganda, Gana, Madagáscar, Libéria, República Democrática do Congo (RDC), Serra Leoa, Sudão do Sul e África do Sul. As principais lições aprendidas incluíram o seguinte:

- A implementação da VIDR requer uma abordagem multi-sectorial e uma forte colaboração entre todas as partes interessadas;
- A monitorização e supervisão contínuas são necessárias para acções correctivas rápidas e motivação dos profissionais de saúde;
- O reforço das capacidades é a espinha dorsal da vigilância integrada das doenças;
- A participação do governo é essencial para resultados sustentáveis e efectivos;
- O envolvimento da comunidade na vigilância das doenças é fundamental para a detecção precoce de ocorrências de saúde pública;
- A preparação estratégica e eficiente é crucial para reatribuir a morbilidade e a mortalidade;
- É necessário reforçar o Programa de Formação em Epidemiologia de Terreno (FETP);
- É importante reforçar os laboratórios e descentralizar os serviços de laboratório através do reforço da capacidade humana a diferentes níveis do sistema de saúde;
- A vigilância baseada em ocorrências deve ser implementada para complementar a vigilância baseada em indicadores;
- É necessária uma vigilância robusta pela comunidade;
- Os exercícios de simulação são necessários para testar a funcionalidade dos sistemas;
- A vigilância da RAM requer a designação de um ponto focal sobre RAM, a criação de instalações de confirmação para patógenos prioritários e o desenvolvimento de normas e políticas;
- Partilhar os dados sobre RAM com as partes interessadas e os parceiros;
- É necessário divulgar regularmente materiais de informação sobre vigilância e resposta.

05

Apresentações da OMS e dos parceiros

A OMS/AFRO apresentou os seguintes pontos:

- Estratégias e estruturas existentes para o reforço da preparação na Região Africana da OMS;
- Parceria para a implementação da VIDR: lições aprendidas com a JEE.
- O CDC de África apresentou a sua visão e o seu mandato:
- Contribuir para alcançar a paz e a segurança, bem como a integração política e socio-económica em África;
- Promover e defender interesses africanos e instituições democráticas, governação e direitos humanos.
- A WAHO apresentou a sua acção na implementação da VIDR:
- Actividades da VIDR focadas no projecto de Vigilância Regional de Doenças da África Ocidental (WARDS);
- Reforço de capacidades através da formação e desenvolvimento de planos nacionais de saúde em estreita colaboração com os parceiros relevantes;
- Reuniões transfronteiriças para reforçar a vigilância nas fronteiras;
- Necessidade de fundos de solidariedade regional facilmente acessíveis;
- Necessidade de equipas nacionais e regionais que possam responder imediatamente.



Foram feitas as seguintes recomendações no final das deliberações:

Recomendações aos Estados Membros:

Reforço da VIDR & do Sistema de Saúde

- Desenvolver um Plano Nacional de Acção para a Segurança da Saúde (NAPHS), usando uma abordagem Uma só Saúde/multi-risco.
- Reforçar a implementação da vigilância baseada em ocorrências e o sistema de vigilância com base na comunidade para complementar a vigilância baseada em indicadores para notificação precoce e detecção atempada de ocorrências de saúde pública.
- Investir recursos nacionais na implementação da VIDR através da alocação de fundos flexíveis ou de uma linha orçamental para garantir a sustentabilidade.
- Usar métodos inovadores para mobilizar recursos para a expansão da VIDR.
- Iniciativas transfronteiriças, colaboração e coordenação inter-sectorial
- Implementar quadros e ferramentas para reforçar a colaboração e a coordenação transfronteiriça.
- Realizar o planeamento, implementação, monitorização e avaliação conjuntos das actividades transfronteiriças.
- Simulações transfronteiriças conjuntas para melhorar as capacidades de vigilância e resposta.

Reforço de capacidades para a VIDR

- Introduzir a VIDR revista nos planos curriculares pré-profissionais das instituições de formação em saúde, a fim de criar recursos com formação de base.
- Apoiar a implementação de planos curriculares em VIDR e RSI em instituições de formação em saúde pública até 2019.

Implementação e sustentabilidade da e-Vigilância

- Desenvolver um quadro legal para promover a vigilância electrónica.
- Desenvolver um quadro de Monitorização e Avaliação e ferramentas de notificação para a e-vigilância.

Desenvolvimento e divulgação de materiais de informação

- Criar políticas para materiais de informação.

Indicadores Principais de Desempenho para a VIDR e o RSI

- Implementar a vigilância baseada em ocorrências (EBS) usando a VIDR revisto.
- Reforçar a coordenação do RSI e a Monitorização e Avaliação.

OMS e parceiros

- Concluir e divulgar a 3ª edição das orientações e ferramentas da VIDR até ao final de 2018.
- Desenvolver e divulgar Procedimentos Operativos Padrão (POPs) para orientar os mecanismos de coordenação da VIDR, levando em consideração as abordagens One Health e Multi-risk até ao final de 2018.
- Desenvolver e apoiar a implementação de estruturas e ferramentas para o reforço da colaboração transfronteiriça, da coordenação e da ferramenta inter-operável no quadro da Uma Só Saúde até 2019.
- Realizar uma reunião do grupo de trabalho VIDR de dois em dois anos.
- Divulgar os materiais de informação relevantes para facilitar a partilha de informações entre os Estados Membros e as partes interessadas.
- Apoiar os Estados membros no desenvolvimento, monitorização e avaliação da implementação dos planos de acção nacionais.
- Criar um mecanismo regional e sub-regional de coordenação de parcerias.
- Criar uma força de trabalho regional de saúde para responder rapidamente a surtos e emergências de saúde.



INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

Em resposta aos surtos frequentes de doenças evitáveis na Região Africana, a estratégia da vigilância integrada da doença e resposta (VIDR) foi aprovada pelos Estados membros em Setembro de 1998. A VIDR visa melhorar a disponibilidade e o uso de dados relevantes para a acção de saúde pública a todos os níveis dos sistemas nacionais. Nos últimos 20 anos, a VIDR ofereceu um quadro para melhorar a capacidade de vigilância e resposta às doenças na Região Africana da OMS. Para ajudar os países na sua implementação, o Escritório Regional da OMS para a África e os seus parceiros produziram uma série de orientações e de ferramentas que fornecem aos países os elementos técnicos necessários para reforçar a VIDR a todos os níveis. Nomeadamente: as orientações técnicas VIDR de 2010; os módulos de formação VIDR, um compêndio de análise dos dados distritais, indicadores de monitorização e avaliação prioritários (M&E); vigilância baseada na comunidade e um manual de formação em vigilância com base na comunidade. Até à data, 44 dos 47 Estados Membros adaptaram as orientações técnicas VIDR de 2010 e 38 completaram todos os processos de implementação da VIDR (desde a adaptação à formação a nível distrital). Até agora, 37 países produziram materiais regulares de informação epidemiológica. Além disso, desde 2010, mais de 23.567 trabalhadores de saúde pública foram formados em VIDR. Em 2016, um total de 3.720 dos mais de 5.579 distritos em 47 países notificou dados semanalmente sobre doenças de notificação obrigatória.

Apesar dos progressos realizados no reforço dos sistemas nacionais de vigilância e resposta de saúde pública, muito poucos países criaram os mecanismos e recursos necessários para a vigilância integrada e a resposta atempada às ocorrências de saúde pública. Além disso, a epidemia sem precedentes do vírus do Ébola na África Ocidental e o surto de febre amarela de 2016 em Angola e na República Democrática do Congo demonstraram a fraqueza do sistema de vigilância nos países afectados e a falta de preparação para as ameaças à saúde pública.

Foi criado em 2000 um grupo de acção VIDR para a supervisão da expansão da VIDR. Desde 2002, a OMS organizou reuniões periódicas do grupo de acção VIDR para oferecer aos parceiros uma oportunidade de integrar as orientações sobre a direcção e implementação estratégica da VIDR. O grupo de trabalho VIDR inclui: governos nacionais, agências, e organizações profissionais que partilham com a OMS a visão, as metas e os objectivos da estratégia VIDR. As reuniões do Grupo de Acção serão uma oportunidade para os parceiros participarem num diálogo útil sobre temas relacionados com a VIDR e fornecer pareceres, recomendações e sugestões ao AFRO sobre a

direcção e a sustentabilidade do programa.

Após a revisão das orientações e das ferramentas da VIDR, o programa de Emergências Sanitárias da OMS prevê revitalizar o grupo de acção IDSR. Para o efeito realizou-se, entre 19 e 21 de Setembro de 2017, uma reunião do Grupo de Acção em Entebbe, Uganda, incluindo uma reunião dos parceiros. Esta reunião permitiu o lançamento oficial do e-Learning da VIDR.

1.2 Objectivos e resultados esperados

1.2.1 Objectivo geral

O objectivo geral da reunião foi fornecer direcção estratégica para a expansão das orientações e ferramentas da VIDR na Região Africana da OMS.

1.2.2 Objectivos específicos:

Os objectivos específicos eram:

- Avaliar o progresso da implementação da estratégia VIDR na última década e fazer recomendações para intervenções prioritárias;
- Discutir a mobilização dos recursos técnicos e financeiros necessários para os níveis regional e nacional e recomendar formas de melhorar o uso coordenado dos recursos VIDR;
- Recomendar acções para o reforço dos mecanismos nacionais de coordenação da VIDR;
- Propor medidas para promover a partilha de informações sobre a VIDR entre as agências participantes e os Estados Membros.

1.2.3 Resultados esperados:

Os resultados esperados para a reunião eram os seguintes:

- Sensibilização das partes interessadas para as orientações técnicas da VIDR e as razões da sua revisão;
- Partilha de lições aprendidas e melhores práticas na implementação da VIDR durante a última década;
- Identificação pelos Estados Membros de um conjunto de recomendações para a eficácia dos mecanismos de coordenação e da direcção estratégica da implementação da VIDR;
- Recomendações consolidadas para aumentar as parcerias e mobilizar recursos que sustentem a implementação da VIDR.

1.3. Metodologia da reunião

A reunião implicou uma reunião técnica de três dias e uma reunião de parceiros de duas horas. A partilha de informações traduziu-se por apresentações em sessões plenárias seguidas de discussões em grupo.



CERIMÓNIA DE ABERTURA

A Dra. Anne Nakinsige, Médica Principal encarregada da vigilância no Ministério da Saúde, presidiu à cerimónia de abertura, marcada por dois discursos, um pela Excelentíssima Ministra da Saúde, a Dr^a. Jane Ruth Aceng, e outro pela Médica-Chefe da OMS (OIC) para o Uganda, Dr^a. Mariam Nanyunja.

No seu discurso de abertura, **a Dra. Jane Ruth Aceng**, saudou os participantes e agradeceu a OMS pela organização desta reunião. Disse que estava feliz por este segundo encontro do grupo de acção se realizar no Uganda, depois do de 2005, para enfrentar os verdadeiros desafios que travam a implementação da Vigilância Integrada da Doença e Resposta na Região Africana. De facto, desde a sua adopção em 1998, a implementação da VIDR enfrentou vários desafios, apesar dos progressos realizados. Fez notar que a reunião dava aos diferentes peritos uma oportunidade para discutir os mecanismos de coordenação, a colaboração entre os sectores e parceiros relevantes, a vigilância transfronteiriça, a partilha de informações e melhores práticas, e a sustentabilidade da implementação da VIDR.

A Dra. Miriam Nanyunja, OIC da OMS para o Uganda, deu as boas-vindas aos participantes, e sublinhou a importância dos objectivos da reunião, que estão em conformidade com a estratégia regional para as emergências e a segurança sanitária. Ressaltou a necessidade de novos esforços para permitir que os países alcancem o indicador principal de desempenho, de garantir que mais de 90% dos Estados Membros estão a implementar a VIDR, incluindo sistemas de vigilância baseados em ocorrências com pelo menos 90% de cobertura do país em 2019. Também sublinhou a importância das recomendações da reunião.

O Dr. Yoti Zabulon, em representação do Director Regional de Emergências, Programa de Emergências Sanitárias da OMS do Escritório Regional para a África, abriu o dia de trabalho apresentando aos participantes os fundamentos e os objectivos da reunião. Sublinhou a importância da reunião do Grupo de Acção VIDR, que era esperada há 15 anos, desde a última reunião do Grupo de Acção VIDR realizada em 2005. Sublinhou que uma VIDR bem sucedida requer uma forte liderança e apropriação nacionais. O Dr. Yoti informou os delegados de que o objectivo geral da reunião do Grupo de Acção era fornecer uma direcção estratégica para expandir as orientações e ferramentas da VIDR na Região Africana da OMS. Também mencionou que as novas orientações técnicas da VIDR iriam insistir na “abordagem multi-riscos” e na “abordagem Uma Só Saúde”. Em resumo, todos os representantes das organizações internacionais que falaram durante a cerimónia de abertura afirmaram que a reunião era oportuna e justificada. Manifestaram a sua satisfação pela realização deste importante encontro e ressaltaram a relevância de uma implementação efectiva e adequada da VIDR para enfrentar os actuais desafios regionais e mundiais de segurança sanitária.

SESSÕES TÉCNICAS

De acordo com os objectivos planeados, as primeiras sessões técnicas analisaram o progresso dos países na última década na implementação da estratégia VIDR. Essas experiências informaram recomendações pertinentes para reforçar a coordenação nacional da VIDR e promover a partilha de informações sobre a VIDR entre Estados Membros e agências.

A discussão foi precedida pelas seguintes apresentações:

i) Visão geral das estratégias em curso e novas e quadro de reforço da preparação na Região Africana da OMS; ii) Implementação da Agenda Mundial de Segurança Sanitária na Região Africana da OMS iii) Actividades de preparação e resposta no contexto da abordagem Uma Só Saúde; iv) Parceria para a implementação da VIDR ; v) Parceria do CDC de África para reforçar a preparação e a resposta; v) Acção da WAHO relacionada com a implementação da VIDR e caminho a seguir; vi) Implementação da VIDR: lições aprendidas, melhores práticas e caminho a seguir pela África do Sul, Camarões, Gana, Libéria, Madagáscar, República Democrática do Congo (RDC), Serra Leoa e Sudão do Sul.

2.1 Objectivo 1: Rever os progressos da implementação da estratégia VIDR na última década e fazer recomendações para intervenções prioritárias

2.1.1 Visão geral das estratégias em curso e novas e quadro de reforço da preparação na Região Africana da OMS

O Dr. Ali Ahmed Yahaya, Gestor Interino do Programa de Preparação Nacional e RSI do programa de Emergências Sanitárias da OMS no Escritório Regional para África, apresentou uma visão geral das estratégias em curso e novas e da preparação na Região Africana. Começou afirmando que a Região regista anualmente mais de 100 ocorrências de saúde pública. Portanto, a missão do programa de Emergências Sanitárias da OMS é de proteger a saúde e salvar vidas durante os surtos e as emergências através da criação da mesma estrutura organizacional na sede e nos escritórios regionais e nacionais. Além disso, ressaltou que várias estratégias e quadros mundiais e regionais existentes oferecem uma oportunidade de preparação e resposta holística a essas ocorrências de saúde pública, e de implementação dessas estratégias para melhorar a segurança sanitária e as

emergências na Região. Também sublinhou a necessidade absoluta de adoptar as seguintes abordagens:

- Implementação da VIDR, do RSI e Gestão de Riscos de Catástrofes (DRM);
- Implementação da abordagem multi-riscos e da abordagem Uma Só Saúde;
- Apropriação e liderança nacional;
- Reforço das parcerias;
- Promover a colaboração inter-sectorial.

O novo quadro de Monitorização e Avaliação do RSI fornece uma visão geral das abordagens para rever a implementação das capacidades básicas de saúde pública do país. O quadro compreende quatro componentes:

i) Relatório Anual (RA) para a Assembleia Mundial da Saúde (AMS); ii) Revisão pós-acção (AAR); iii) Exercícios de simulação (SIMEX); e iv) Avaliação Externa Conjunta (JEE), que servirão de referência para o desenvolvimento do Plano Nacional de Acção Multi-sectorial de Segurança da Saúde Pública (NAPHS). As actividades de preparação e resposta no contexto da Abordagem Uma Só Saúde exigem colaboração entre a OMS, a FAO e a OIE, e esta aliança tripartida põe em evidência a necessidade de definir as causas de doenças zoonóticas e não zoonóticas e de investir na construção de capacidade sustentável para o alerta, notificação e resposta precoce a doenças, condições e ocorrências.

2.1.2 Implementação da Agenda Mundial de Segurança Sanitária na Região Africana da OMS: principais resultados, questões e desafios e caminho a seguir

A Dra. Olga L Henao, Divisão de Protecção Sanitária Mundial, Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, sublinhou que, com o aumento da conectividade e da mobilidade, aumenta o risco de propagação de doenças infecciosas. Também sublinhou que os riscos mundiais para a saúde aumentaram com o surgimento de novos organismos, a resistência medicamentosa e as ocorrências intencionais. O CDC trabalha em estreita colaboração com os países para implementar a Agenda Mundial de Segurança Sanitária (GHSA).

A implementação da Agenda Mundial de Segurança Sanitária (GHSA) oferece uma oportunidade de reforço da VIDR, da preparação laboratorial e da resposta, uma vez que partilha elementos com o reforço efectivo das

capacidades básicas do RSI, ao apoiar a JEE. A GHSA intervém em três áreas principais, que são a prevenção, a detecção e a resposta. As funções principais da VIDR ajudam de facto e são essenciais para a implementação da GSHA, no sentido de que a VIDR coincide com a GHSA e tem apoiado vários países para realizar a JEE. O CDC colaborou com a OMS/AFRO no desenvolvimento do quadro da VIDR, e várias actividades integram agora estratégias de VIDR nas suas iniciativas de assistência técnica.

Explicou depois o Sistema Mundial de Alerta Rápido para as Principais Doenças Animais, incluindo Zoonoses (GLEWS), que é a ferramenta conjunta da FAO, da OIE e da OMS para partilhar informações rapidamente e avaliar ocorrências sanitárias com potencial interesse internacional. O sistema baseia-se nos sistemas nacionais existentes de vigilância e notificação. Além disso, o Centro de Gestão de Crises-Saúde Animal (CMC AH) oferece assistência técnica e operacional e promove o Ciclo de Boa Gestão de Emergências (GEMC), que inclui



Figura 1: Voluntários de vigilância com base comunitária no Gana

2.1.3 Actividades de preparação e resposta no contexto da abordagem One Health

O Dr. Charles Bebay, Coordenador sub-regional One Health das actividades de preparação e resposta para a África Ocidental e Central no contexto da Abordagem One Health, fez um relatório sobre a colaboração entre a OMS, a FAO e a OIE. Esta aliança tripartida põe em evidência a necessidade de definir as causas das doenças zoonóticas e não zoonóticas e de investir na construção de capacidade sustentável de alerta, notificação e resposta precoce a ocorrências de doenças. As actividades de preparação e resposta no contexto de uma abordagem Uma Só Saúde da segurança sanitária mundial exige uma colaboração e uma coordenação mais ampla em todos os sectores.

preparação, prevenção, detecção, resposta e recuperação. Por fim, apresentou as ocorrências e gestão de doenças conjuntas anteriores e as missões, principalmente através do serviço de saúde animal da FAO na Nigéria, Camarões e Togo. Os exemplos de doenças incluem a gripe aviária H5N1, a gripe aviária H7N9, o vírus Ébola-Reston e a gripe pandémica H1N1, incluindo a febre do Vale do Rift, para as quais foram organizados exercícios de simulação. Também sublinhou a necessidade de capacitação aos níveis nacional e local e a partilha de conhecimentos entre os diferentes sectores e países.



2.1.4 Implementação da VIDR: lições e caminho a seguir

O Dr. Ben Masiira, Epidemiologista da Rede Africana de Epidemiologia de Terreno (AFENET), fez um histórico da vigilância das doenças antes da adoção e implementação da VIDR em 2000. Apresentou o papel da AFENET na vigilância das doenças e através da colaboração com diferentes parceiros, incluindo a OMS, o CDC e o Ministério da Saúde. Também partilhou as seguintes lições a retirar da implementação da VIDR:

- A implementação da VIDR exige uma abordagem multi-sectorial
- A implementação da VIDR exige uma forte colaboração entre todas as partes interessadas
- Supervisão contínua
- Construção de capacidade
- Empenho dos governos e dos parceiros
- O envolvimento da comunidade na vigilância das doenças é essencial.

Proseguiu descrevendo os desafios encontrados: rotação elevada de trabalhadores de saúde com formação, formação ou tutoria inadequadas em muitos funcionários, financiamento inadequado das actividades de VIDR aos níveis distrital e das instalações de saúde, supervisão irregular de instalações de saúde e falta de elementos logísticos prioritários, como motocicletas e equipamentos de protecção pessoal integral (PPEs). Para melhorar a vigilância e a resposta, fez as seguintes propostas: Monitorização e supervisão contínuas da implementação da VIDR; provisão regular de materiais práticos necessários para implementar a VIDR, como os componentes de VIDR nos planos curriculares pré-profissionais de todos os profissionais de saúde; utilização do Programa de Formação em Epidemiologia de Terreno (FETP) para reforçar a competência e o desempenho da VIDR a todos os níveis; retorno regular de informação do nível nacional ao distrital; suporte a todos os níveis para realizar a análise de dados e criação de uma linha orçamental especial para as actividades IDSR a todos os níveis.

2.1.5 Vigilância de base comunitária: lições e melhores práticas

O Dr. Franklin Asiedu-Bekoe, responsável pelo

Departamento de Vigilância de Doenças, começou por descrever o contexto da vigilância baseada na comunidade no Gana, que começou em 1988 como uma estratégia para eliminar o verme da Guiné. Isto serviu de base para a construção da vigilância de outras doenças prioritárias. As estratégias incluem a formação e reciclagem de voluntários, reuniões trimestrais para voluntários comunitários, a sensibilização e educação comunitária, a monitorização e supervisão de voluntários, a coordenação, supervisão e monitorização nacionais e a oferta de suporte logístico, como o Registro CBS, os meios de transporte (bicicletas, motocicletas, veículos), bem como materiais de motivação.

Esses esforços contribuíram para a eliminação do verme da Guiné em 2015 e o último caso de poliomielite em 2008. Também lembrou que restam desafios, sendo os principais a questão da sustentabilidade, uma vez que Voluntário da CBS não é uma profissão, e a ausência de estruturas claras de vigilância baseada na comunidade. Outros desafios incluem: falta de supervisão, falta de financiamento para as actividades da CBS, dados inadequados e baixas taxas de conclusão, alto desgaste de voluntários e falta de formação para voluntários, falta de clareza na concepção de avisos, falta de uma abordagem Uma Só Saúde principalmente na saúde humana e nos dados baseados em doenças ou ocorrências. Para reforçar a CBS, fez as seguintes propostas como caminho a seguir:

- Auditar e actualizar a Lista de Voluntários de Vigilância com Base Comunitária (CBSV);
- Reunião de revisão do programa CBSV;
- Definir uma lista de doenças prioritárias para o CBS no quadro da VIDR;
- Identificar a motivação não baseada em incentivos para os trabalhadores de saúde comunitários (CHW) e as formas de os integrar nos sistemas existentes;
- Concluir a lista de avisos para as doenças prioritárias.

2.1.6 Vigilância baseada em ocorrências: lições aprendidas e melhores práticas

A Dra. Mireille Randria, Chefe de Vigilância Epidemiológica, apresentou o contexto de Madagascar, marcado por uma série de desafios relativos à vigilância epidemiológica, levando a indicadores de baixo desempenho como:

- liderança e governação fracas devido a mudanças



- frequentes no organograma do Ministério da Saúde, dificultando a afirmação de liderança da parte das entidades encarregadas da vigilância epidemiológica;
- integração fraca, com várias direcções/programas específicos que operam no sector da vigilância;
 - falta de recursos humanos, especialmente pessoal formado;
 - isolamento geográfico na ausência de meios de comunicação, etc.

Mencionou que as duas abordagens da VIDR estão em vigor em Madagascar: a vigilância baseada em indicadores, que é principalmente para doenças transmissíveis por causa do alto peso da morbilidade e mortalidade, e a monitorização baseada em ocorrências (EBS), que é realizada de forma informal, sem qualquer estrutura bem definida. Sublinhou que essa abordagem ainda é nova no país. A implementação da vigilância baseada em ocorrências em Madagascar caracteriza-se por um contexto em mudança, marcado por uma explosão populacional e uma urbanização galopante, deslocamentos de população, situação insular em Madagascar, existência de antrozooses endémicas, como a peste, a gripe e a raiva. No entanto, a eficiente rede de agentes de retransmissão comunitários no país impulsionou a experimentação do EBS. As diferentes formas de realizar o EBS foram destacadas da seguinte forma: i) relatório corrente de vigilância semanal recebido em cópias impressas; ii) vigilância comunitária: item “ocorrência de importância para a saúde pública”, e iii) inteligência da informação: meios de comunicação, rumores.

Na sequência das recomendações da OMS/AFRO, e dadas as limitações da vigilância em Madagascar, a e-Vigilância oferece uma oportunidade para otimizar a colecta de dados para uma acção imediata. Usando tablets electrónicas Android, a vigilância em tempo real detectou 28 doenças/ocorrências sob vigilância e gerou um alerta automático (1 caso ou dependendo dos limiares pré-estabelecidos). Na cobertura de e-Vigilância, estão envolvidas todas as unidades de saúde pública dos 27 distritos de saúde das 12 Regiões de Madagascar, com uma taxa de integridade de 84% em 2017.

Descreveu as dificuldades encontradas na implementação da EBS, que incluem:

- Nível fraco de integridade;
- Compreensão insuficiente da EBS por actores periféricos ou mesmo centrais;
- Baixa competência do pessoal em gestão e uso de dados: várias ocorrências ficaram por explorar;
- Deficiência na supervisão;
- Dificuldade na cobertura da rede telefónica nalgumas áreas, levando a atrasos ou mesmo à falta de transmissão de dados;
- Atraso na investigação das 28 ocorrências devido a uma reprogramação electrónica.

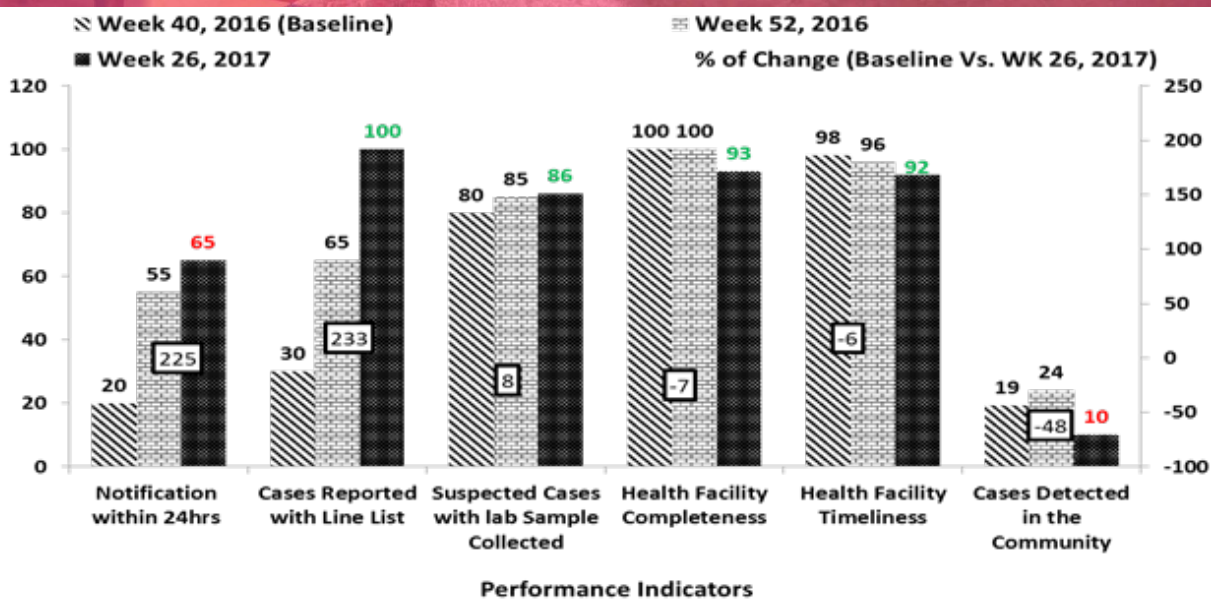
2.1.7 Expansão da VIDR: lições aprendidas e melhores práticas

O Sr. Thomas K. Nagbe, Director de Doenças Infecciosas e Epidemiologia, partilhou a experiência da Libéria em VIDR e sistema de saúde. Foram identificados nove pilares para preparar e responder a emergências e surtos, três dos quais estão ligados à experiência do surto de doença do vírus Ébola (DVE). O país aproveitou a oportunidade das epidemias de DVE, porque estas levaram ao plano de investimento para a construção de um sistema de saúde resiliente. Foram destacadas as melhores práticas e lições aprendidas seguintes:

- Existência de uma orientação operacional da VIDR em todas as unidades de saúde;
- Produção e divulgação regular de produtos de informação VIDR através de diferentes canais, como o boletim semanal de alerta precoce e VIDR, a análise semanal de laboratório e diagnóstico, os relatórios mensais de monitorização e desempenho da supervisão VIDR e o boletim semestral da VIDR;
- Condução de exercícios de simulação em cada distrito de fronteira;
- Melhoria na resposta a emergências e surtos de saúde (90% dos surtos com relatórios de investigação em 2017, em comparação com 53% em 2016);
- Monitorização de rotina de Indicadores de Desempenho VIDR.

As questões e desafios a abordar incluem o seguinte:

- Reforço da vigilância sindrómica (CEBS) através do envolvimento da comunidade;
- Gestão e harmonização de dados;
- Conectividade de rede em algumas áreas para implementação da e-Vigilância;
- Resultados laboratoriais em tempo real para detecção de surtos;
- Reforço da plataforma Uma Só Saúde para uma abordagem holística do controlo de doenças zoonóticas prioritárias, entre outros.



week - semana / baseline - linha de base /Notificação nas 24 hrs/Casos notificados com listagem/Suspeitas de casos com colheita de amostras de laboratório/Completeness das instalações de saúde/Prontidão das instalações de saúde/Casos detectados na Comunidade//Indicadores de desempenho

Figura 2: Comparação dos Indicadores de Desempenho da VIDR entre a linha de base em 2016 durante a semana 40 e a semana 26 em 2017

2.1.8 Vigilância da RAM: lições aprendidas e melhores práticas

A Sra. *Tsakari Furumele*, do Departamento Nacional de Saúde da República da África do Sul, sublinhou as graves consequências da resistência aos medicamentos citando Alex Flemming: “A pessoa imprudente que brinca com o tratamento com a penicilina é moralmente responsável pela morte de um homem que sucumba a um organismo resistente à penicilina”. Fez notar que a RAM não respeita fronteiras filogenéticas, geográficas ou ecológicas. Portanto, os esforços para monitorizar a RAM devem ser mundiais e multi-setoriais. Apresentou a estrutura da organização de RAM, a situação epidemiológica e as limitações do programa na África do Sul.

Mencionou dois principais métodos de vigilância: a vigilância antimicrobiana LARS baseada em laboratórios, que foi iniciada em 2010, e a e-Vigilância, usando locais sentinela (hospitais), que começou em 2013.

Especificou o programa de vigilância GERMS e os quatro grupos diferentes de patógenos que são monitorados:

- Infecções propensas a epidemias, por exemplo cólera, febre tifóide, meningocócicas
- Infecções oportunistas ligadas ao VIH
- Evitáveis por vacina, por exemplo o Rotavirus, a H. influenza
- Doenças de origem hospitalar.

Finalmente, mencionou que a África do Sul também está a integrar o modelo do Sistema Mundial de Vigilância da Resistência Antimicrobiana (GLASS) recomendado pela OMS. Este modelo combina dados de vigilância dos pacientes, laboratorial e epidemiológica para melhorar a compreensão da extensão e o impacto da RAM nas populações. Recomendou que os países considerassem a implementação gradual dos padrões de vigilância propostos nesse manual, na base das suas prioridades e recursos.

2.1.9 Investigação e resposta a epidemias: lições aprendidas e melhores práticas

O Dr *Gaston Tshapenda*, Chefe da Divisão de Doenças Não-Transmissíveis, República Democrática do Congo (RDC) começou por apresentar o contexto do país. A RDC adoptou a Vigilância Integrada em Setembro de 1998, que foi implementada a partir de 2000. A adaptação da Orientação VIDR foi realizada em 2002 e depois em 2010. Desde 2015, 17 doenças e ocorrências prioritárias são notificadas semanalmente. Explicou as boas práticas de utilização da VIDR para a vigilância do Ébola e da Polio em todo o país, assim como locais sentinela para a vigilância da febre amarela.



As estratégias adoptadas pela divisão de vigilância no Ministério da Saúde (MdS) para obter bons resultados incluem:

- Vigilância, usando locais sentinela em Kinshasa;
- Criação do Sistema Provincial de Vigilância (Inspeções Médicas Provinciais, Distritos de Saúde, Zonas de Saúde);
- Colaboração estreita com todos os parceiros: Organizações das Nações Unidas, organizações não-governamentais internacionais e nacionais (ONG);
- Sistema de alerta precoce para a notificação epidemiológica imediata por ONG, igrejas, coordenação do EPI, monitorização de rumores;

As estratégias implementadas contribuíram para reduzir o prazo de notificação de surtos dos 5 meses anteriores a menos de 15 dias durante o último surto de doenças do vírus do Ébola.

O Ministério da Saúde criou um Comité nacional de coordenação, que coordenou a resposta a todos os principais surtos e ocorrências.

O Dr. Gaston descreveu as lições aprendidas com os recentes surtos de Ébola e febre amarela, nomeadamente:

- A vigilância com base comunitária é um contributo fundamental para a vigilância integrada;
- O laboratório móvel é um componente essencial para a confirmação e o controlo da doença durante os surtos e permite acções apropriadas no terreno;
- É necessária uma massa crítica de pessoal formado para apoiar actividades de vigilância.

No entanto, afirmou que o principal desafio era a falta de recursos e fundos de emergência para realizar investigações e responder prontamente quando surgem ocorrências.

Encerrou a sua apresentação recomendando que os países intensificassem as actividades de preparação para garantir uma melhor gestão das epidemias e ocorrências de saúde (formação de pessoal, vigilância, kits de intervenção, controlo de infecção e exercícios de simulação) e reforço da vigilância baseada na comunidade.

2.2 Objectivo 2: Recomendar acções para o reforço dos mecanismos nacionais de coordenação da IDSR

2.2.1 Parceria para a implementação da VIDR

O Dr. Ambrose Talisuna, Conselheiro Regional, Segurança da Saúde no programa de Emergências Sanitárias da OMS, Escritório Regional da OMS para África, apresentou uma visão geral das emergências ocorridas nos últimos anos. Sublinhou que 78% das emergências mundiais ocorrem em África e a maioria delas é infecciosa. Apresentando uma análise situacional dos surtos em África, ressaltou que as infecções emergentes e ressurgentes são particularmente preocupantes, já que o número de vítimas aumentou ao longo dos anos. Enumerou as fontes de dados IBS, como os meios de comunicação, o pessoal de saúde, o guarda de vida selvagem, um agricultor, que podem servir como indicadores precoces de um surto. Prosseguiu explicando os quadros e orientações existentes (RSI, VIDR, DRM), usando a abordagem Uma Só Saúde. Indicou que o papel do RSI é permitir que a comunidade internacional detecte, avalie, notifique, relate e responda às emergências de saúde pública de interesse internacional, que incluem patógenos infecciosos humanos, segurança alimentar, zoonoses, riscos por radiações e riscos químicos. A chave para salvar vidas durante um surto é a detecção precoce, o que exige uma profunda preparação em cada país para que, no caso de um surto, estejam preparados para agir ou tenham a capacidade de detectar as ameaças precocemente e salvar vidas.

A JEE é uma oportunidade de avaliar a capacidade e a preparação do país para lidar com surtos. Até agora, 22 países realizaram uma JEE, enquanto outros solicitaram apoio para o fazer. Oito países ainda não consideraram a execução de uma JEE, e três países já desenvolveram o NAPHS.

Concluiu ressaltando a necessidade de reforçar os sistemas de saúde, a VIDR e criar as capacidades básicas do RSI, utilizando abordagens horizontais para garantir sistemas de saúde sustentáveis e resilientes. Além de formular estratégias para reforçar a VIDR e o RSI, devem ser construídas capacidades básicas, utilizando estratégias destinadas a alcançar a Cobertura Universal de Saúde (CUS) 2030 e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS-3), ao mesmo tempo que se fortalecem as parcerias a todos os níveis, tanto a nível internacional



como dentro dos países em todos os sectores, em colaboração com todas as partes interessadas.

2.2.2 Parceria para reforçar a preparação e a resposta

O Dr Ahmed Zaghoul, Epidemiologista Médico, CDC de África, na sua apresentação, delineou a visão e o mandato para alcançar a paz e a segurança em África, a integração política e socioeconómica, promover e defender os interesses africanos, assim como as instituições democráticas, a governação e os direitos humanos. O CDC de África tem um mandato em 55 países africanos. Também explicou o modelo operacional do CDC de África, bem como os diferentes centros de colaboração com a Rede Regional Integrada de Vigilância e Laboratórios (RISLET) através dos centros regionais de controlo de doenças, que estão localizados no Quênia, Nigéria, Zâmbia, Gabão e Egípto.

Destacou os cinco pilares estratégicos e as actividades prioritárias repartidas num período de dois anos, nomeadamente:

- Informação sobre Vigilância e Doenças
- Preparação e Resposta
- Sistemas e redes de laboratório
- Sistemas de informação
- Investigação e Institutos de saúde pública em cada país.

2.2.3 Acções da WAHO ligadas à implementação da VIDR e caminho a seguir

A Dr^a Félicité Chokki-Laleye, Ponto Focal, Surtos Epidémicos e Emergências de Saúde, Organização da Saúde da África Ocidental (WAHO), começou por apresentar a WAHO, instituição de saúde da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO). A missão, o organograma e os diferentes departamentos foram apresentados. A WAHO é composta por 15 países da região da África Ocidental.

As actividades da VIDR implementadas com financiamento pelo projecto WARDS incluem: revisão das orientações técnicas da VIDR da Gâmbia, capacitação através de formação, desenvolvimento de planos nacionais de saúde, apoio à implementação do RSI no Mali, Senegal e

Cabo Verde e realização de reuniões transfronteiriças para reforçar a vigilância de fronteira.

Também descreveu os planos para o estabelecimento de um biobanco regional.

Apesar de todos os esforços positivos e lições aprendidas na sequência do surto de Ébola, o status quo actual é que a região da África Ocidental ainda é vulnerável a surtos. Conforme evidenciado pelos recentes surtos de febre de Lassa, os sistemas ainda são fracos em termos de vigilância, preparação e confirmação laboratorial.

Sublinhou a necessidade de mobilizar financiamento para agir rapidamente e reforçar um fundo de solidariedade regional na África Ocidental, que muitas vezes não é facilmente acessível.

O caminho a seguir inclui a criação de equipas nacionais e regionais que possam responder prontamente às epidemias, aumentando os fundos regionais.

2.2.4 Lançamento oficial do curso de e-Learning da VIDR

O Dr Boukare Bonkoungou, Responsável pela Formação e Construção de Capacidade, Programa de Emergências Sanitárias da OMS, Escritório Regional da OMS para África, apresentou os antecedentes e a visão geral do curso de e-Learning da VIDR. Em seguida, fez uma breve demonstração de como aceder ao curso de e-Learning da VIDR, que foi desenvolvido conjuntamente pela OMS/AFRO, o US-CDC e a USAID graças a uma colaboração tripartida e frutuosa que começou em 2011. Este curso online responde aos desafios e limitações da versão presencial da formação.

Na era do avanço tecnológico, em que os computadores e a internet estão cada vez mais acessíveis e amplamente disponíveis, há uma oportunidade de adaptar o curso em papel à versão electrónica.

O e-Learning da VIDR foi concebido e desenvolvido com base nas lições aprendidas e nas melhores práticas de outros cursos existentes similares. Antes de sua finalização, foram realizados uma avaliação técnica minuciosa e um controlo de qualidade por peritos e pessoas capacitadas da OMS, CDC e USAID, e foram efectuados testes virtuais e no terreno antes da implementação. As vantagens do curso e-VIDR são de não envolver papel e ao mesmo tempo ser abrangente. Na verdade, tem havido uma maior cobertura, uma vez que os profissionais de saúde em áreas

remotas não são excluídos e muitos materiais podem ser descarregados e utilizados.

A Presidência lançou oficialmente a plataforma de e-Learning da VIDR e convidou todos os participantes a divulgar a informação, bem como a sensibilizar os colegas e os profissionais de saúde em geral.

Abaixo estão as instruções para aceder ao curso de e-learning:

➤ Na plataforma US-CDC

<https://idsr.mlearning.com/cs/onboarding/>

➤ Na plataforma HSLP OMS

Etapa 1: Criar uma conta no link seguinte:

<https://extranet.OMS.int/ads/adswebinterface/create.aspx>

(mantenha seu nome de utilizador e a palavra passe para poder recuperá-los facilmente. Irá precisar deles para entrar na plataforma de aprendizagem).

Etapa 2: Clique no seguinte link para aceder ao curso de e-learning:

<https://extranet.OMS.int/hslp/training/course/view.php?id=119>

(NB: se não conseguir entrar na sua conta, clique no botão "Logon" e use o seu nome de utilizador e palavra passe)

Etapa 3: Forneça a seguinte chave de inscrição (para o país 1 - ABC) conforme solicitado:

PAÍS 1-ABC

Quando estiver conectado com a sua conta de utilizador, também poderá aceder:

- a versão portuguesa: <https://extranet.OMS.int/hslp/training/course/view.php?id=118>

- a versão inglesa (ainda sem SCORM, sem imagem na página de abertura):

<https://extranet.OMS.int/hslp/training/course/view.php?id=120>



Figura 3: As várias unidades do curso de e-Learning da VIDR

2.3 Sessões temáticas

Os participantes foram divididos em grupos para apresentar e discutir 6 tópicos durante dias consecutivos, nas seguintes áreas temáticas:

1. Vigilância Integrada das Doenças Resposta e Reforço do Sistema de Saúde;
2. Colaboração transfronteiriça para actividades de preparação e resposta e colaboração e coordenação inter-sectorial antes e durante uma ocorrência de saúde pública (PHE);
3. Construção de capacidade para a VIDR, incluindo EBS;
4. Implementação e sustentabilidade da e-Vigilância;
5. Desenvolvimento e divulgação de materiais de informação;
6. Principais indicadores de desempenho sobre a VIDRe o RSI.

Para cada um dos tópicos foram fornecidas orientações compostas por: i) visão geral da sessão temática; ii) objectivos do grupo; iii) resultados esperados e iv) questões a serem discutidas na sessão plenária. Cada grupo foi convidado a nomear um moderador e um relator para liderar a respectiva discussão em grupo e apresentar os resultados à sessão plenária. Usando uma abordagem participativa e exemplos retirados dos países, os delegados discutiram os problemas, desafios, ameaças, pontos fortes e oportunidades na região e, por consenso, surgiram alternativas e soluções práticas. Cada grupo beneficiou de pelo menos 40 minutos para a discussão. Os 20 minutos finais da sessão de discussão foram utilizados para desenvolver as respectivas apresentações de grupo.



O resumo de cada discussão em grupo é apresentado abaixo:



Figura 4: Discussão em grupo de trabalho sobre “a VIDR e o Reforço do Sistema de Saúde”



A VIDR e o Reforço do Sistema de Saúde

Desafios	Pontos fortes e oportunidades	Soluções	Recomendações
Governança: liderança fraca nos ministérios	Vontade política, existência de uma orientação e muitos adaptaram-se	Criar uma coordenação da VIDR adaptada	Criar a plataforma de comunicação DHI Incentivar o mapeamento nacional de recursos para uma fácil mobilização
Recursos humanos inadequados especialmente nas zonas periféricas	Existem instrumentos JEE que ajudam a identificar as fraquezas dos sistemas de saúde	Institucionalizar a vigilância comunitária: necessidade de motivação, formação do pessoal	
Integração fraca (?), não há ligação entre os vários sistemas	Sistema existente DHIS2		Trocar análises técnicas por exemplo a resposta da Nigéria à meningite
Equipamento de infraestruturas fraco e rupturas de stock e acesso difícil a recursos	Plataforma comunitária existente	Criar mecanismos para mobilizar medicamentos rapidamente, por exemplo vacinas	
	São reservados fundos de parceiros e orçamentos para emergências	Reforçar a rede de laboratórios especialmente aos níveis periféricos	
Factores de coordenação pouco claros, por exemplo a coordenação oneHealth			
Actividades de colaboração e resposta transfronteiriça e colaboração e coordenação intersectorial antes e durante o PHE			
Coordenação interna fraca entre os vários sectores especialmente no terreno	Postos fronteiriços designados para VIDR em cada	Coordenação nacional entre sectores diferentes	Trabalhar em equipa
		Protocolos assinados pelos vários países	Reforço/criação de autoridades portuárias e instalações de saúde nas fronteiras
Ausência de partilha de informações a todos os níveis especialmente nas fronteiras	Implementação da abordagem oneHealth	Criação de mecanismos M&E	Capacitação ou formação do pessoal de fronteira



Existem muitos parceiros	Formação nos postos fronteira entre países colaboradores
Presença de postos fronteiriços de paragem única	Mecanismos de troca de informação
	Involvimento das comunidades
A mesma população dos dois lados da fronteira	Promover a educação para a saúde dos dois lados da fronteira
	Construção de capacidade, a partir dos postos inferiores
	Exercícios de simulação conjunta
Não existe política comum	
Instabilidade/diferença política	Quadro legal para a troca de informação
Falta de transparência/interferência política	Abordagem multi-sectorial

Construção de capacidade para a VIDR incluindo o EBS

Participação inadequada do sector privado	Disponibilidade do módulo de formação para a vigilância electrónica	Tornar obrigatória a formação em VIDR para os trabalhadores de saúde	Integração no programa de estudos médicos
Taxa de desgaste elevada dos trabalhadores de saúde	Os trabalhadores de saúde formados para aplicar a VIDR existem		
Fundos inadequados a todos os níveis	Existem parcerias, por exemplo GHSA, WAHO, IGAD, projecto REDISSE		
Baixa implicação dos clínicos nos grandes hospitais; mais orientados para os casos			
Inclusão/mínima da VIDR, os formadores não têm conhecimento			

2.4 Objectivo 3: Recomendar accões de promoção de partilha de informações sobre a VIDR entre agências participantes e Estados Membros

2.4.1 Materiais de informação e documentação

O Dr Pinyi Nyimol, Director Geral, Serviços de Saúde Preventiva, Sudão do Sul, partilhou as experiências, as melhores práticas e os desafios colocados pela documentação e disseminação de materiais de informação sobre VIDR. Apresentou uma visão geral da demografia do Sudão do Sul.

Apresentou a história da VIDR, que foi implementada em todos os dez estados e 80 municípios do Sudão do Sul. No entanto, na sequência da instabilidade política em 2013, que conduziu ao deslocamento de pessoas, o sistema só funcionava em 30% dos estados. A Rede de prevenção,

alerta e resposta precoce (EWARN) foi portanto criada para atender às necessidades de vigilância das doenças de populações deslocadas em sete estados afectados pelo conflito e de 37 instituições de saúde apoiadas por parceiros. Destacou os objectivos do Sistema de prevenção, alerta e resposta precoce (EWARS), nomeadamente a vigilância, a gestão de alertas e a resposta a surtos. O EWARS permitiu a monitorização em tempo real e a supervisão baseada em ocorrências, incluindo a listagem de surtos.

Prosseguiu explicando o fluxo de informações de vigilância a nível local (hospitais e centros de saúde), que após confirmação no nível intermédio, é enviado ao nível nacional onde é avaliado para notificação e resposta e as ocorrências de saúde pública são notificadas aos parceiros, por exemplo, a OMS e outros parceiros dos grupos orgânicos de saúde e WASH.

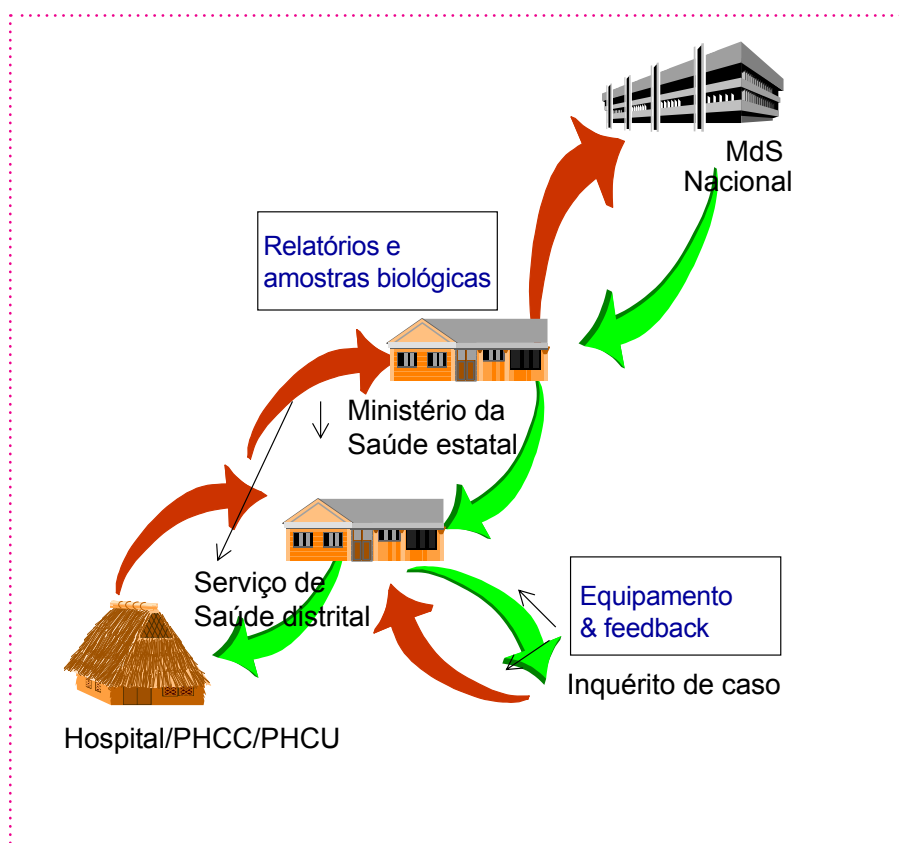


Figura 5: Fluxo de informação da VIDR no Sudão do Sul



Os principais resultados notificados são os seguintes: o EWARS foi utilizado a partir de 2015 e 32 IDP sublinharam um maior acesso a áreas com populações com necessidades humanitárias. Até 2017, o uso do EWARS aumentou os cronogramas de VIDR e a completude dos relatórios em 73,4% e 75,5%, respectivamente.

Os desafios enfrentados durante a implementação incluem: a falta de segurança e o acesso restrito, o número muito reduzido de instalações de saúde funcionais, a penetração sub-ótima da infraestrutura de telecomunicações e a complexidade do contexto de coordenação. As lições aprendidas com

a implementação do EWARS no Sudão do Sul foram a capacidade de implementar relatórios e análises de dados epidemiológicos em tempo real; os dados abrangentes, incluindo a gestão de alertas de doenças e as listagens de surtos em tempo real; os materiais automatizados de informação, incluindo boletins epidemiológicos semanais e pacotes de dados; e a integração de outros tipos de dados ao nível do centro de saúde.

Concluiu fazendo notar que o investimento no sistema de notificação electrónica é fundamental para melhorar o progresso no sentido de alcançar as competências essenciais da VIDR e do RSI.



Figura 6: Equipamento electrónico necessário para implementar o EWAR no contexto da VIDR



2.4.2 Implementação da e-Vigilância: lições aprendidas e melhores práticas

O Dr Foday Dfae da Direcção de Prevenção e Controlo das Doenças da Serra Leoa, partilhou as lições aprendidas e as melhores práticas do desenvolvimento da e-Vigilância na Serra Leoa. O país originalmente trabalhava com formulários em papel para notificar tanto a nível nacional como distrital. No entanto, foram constatadas várias dificuldades, incluindo o facto de que o sistema requeria um trabalho intensivo, tinha uma taxa de notificação lenta, com fraco respeito dos prazos de notificação, baixas taxas de notificação pelas instalações de saúde, era propenso a erros e carecia de ligação à base de dados nacional, necessitava de um enorme espaço físico para armazenamento e tinha dificuldade em realizar o M & E e em realizar a avaliação da qualidade dos dados. Para superar estas dificuldades, sob a liderança do MdS e o apoio da OMS, do CDC dos EUA e da e-Saúde de África, decidiu-se passar para a IVIDR electrónica e o software baseado no DHIS2. A implementação em todo o país foi feita passo a passo em duas fases: a primeira foi uma implantação

piloto, inicialmente em 3 distritos e posteriormente ampliada a 14 distritos. A fase 2, do nível mais baixo ao mais alto dos cuidados de saúde, foi concluída em Novembro de 2016 e foram formados no total 140 profissionais de saúde. Expressou a sua gratidão aos diferentes parceiros que forneceram apoio técnico e financeiro, o que facilitou a obtenção destes resultados.

Partilhou as experiências do e-VIDR e descreveu os diferentes dispositivos de input, desde telefones a computadores e tablets. Além disso, é possível notificar offline usando o SMS. Sublinhou que a formação é fundamental; Também há necessidade de consenso entre todas as partes interessadas, por exemplo, empresas de telecomunicações móveis. O lançamento a nível nacional da aplicação e dos dados de e-VIDR a nível das instalações está acessível na web a partir de qualquer lugar.

Sublinhou a necessidade de inter-operabilidade com outros programas e aplicações do MDS e de associar todos os parceiros para analisar o impacto e partilhar informações.

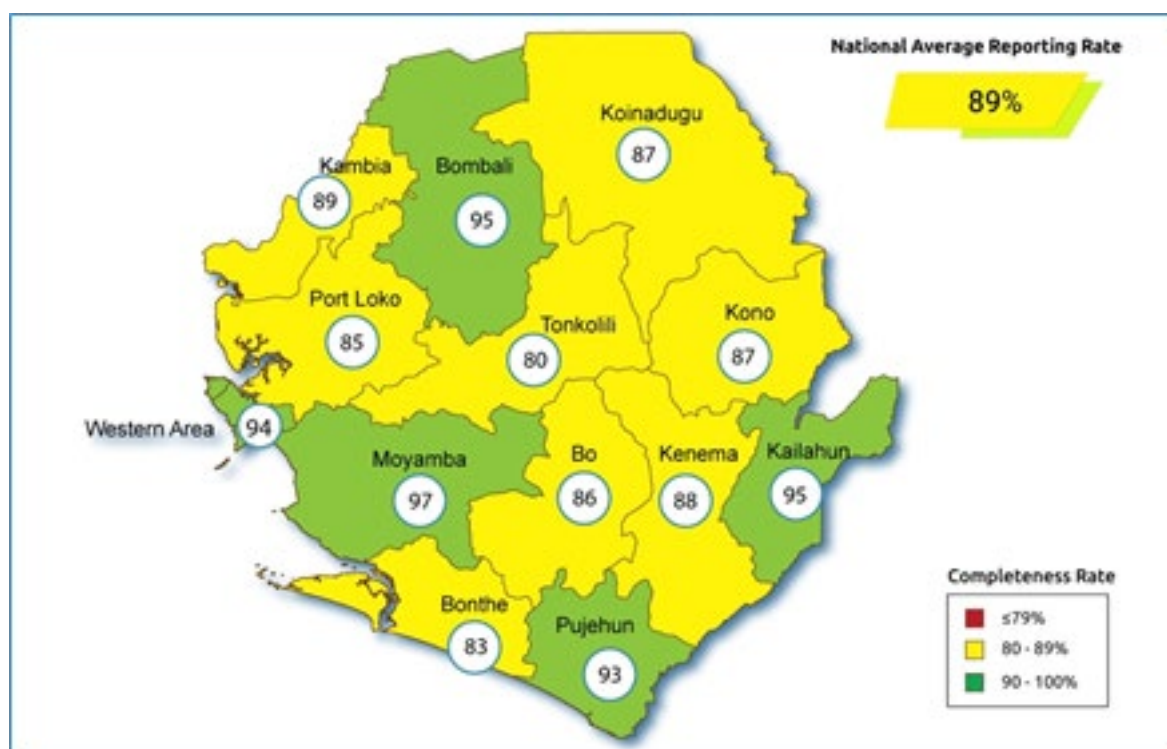


Figura 7: Taxas de notificação intra-districtos das instalações de saúde antes da aplicação da e-VIDR na Serra Leoa, Semanas 1 – 33, 2016

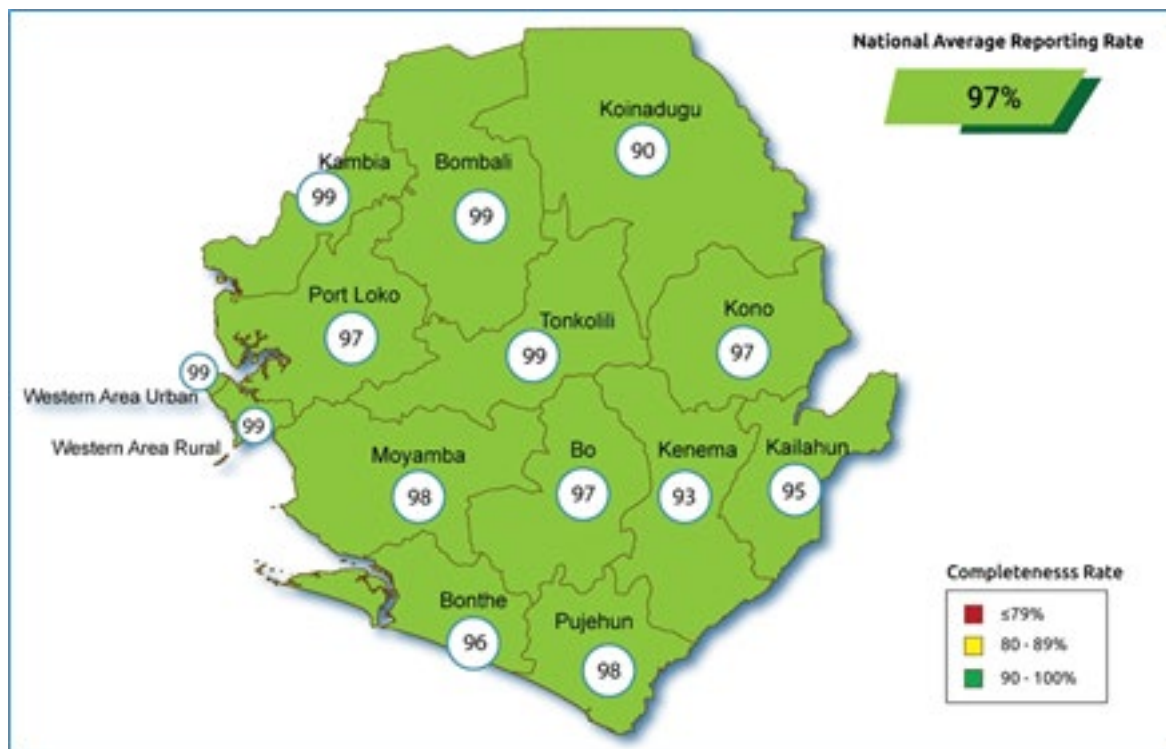


Figura 8: Taxas de notificação intra-districtos das instalações de saúde depois da aplicação da e-VIDR na Serra Leoa, Semanas 1 – 33, 2017

Durante as discussões que se seguiram às apresentações do Sudão do Sul e da Serra Leoa, os participantes

expressaram a necessidade de uma orientação uniformizada sobre as ferramentas de implementação da e-VIDR, uma vez que os países usam plataformas diferentes. Isso também é necessário ao avançar para a harmonização.

A colecta de dados deve ter em conta a abordagem Uma Só Saúde, de modo a que os dados sobre outros aspectos,

como os animais e a agricultura, possam ser abrangidos. Visto que isto está a ser testado na Universidade Sokoine na Tanzânia, poderíamos provavelmente aprender a partir dessa experiência.

É importante que os países detectem o vínculo entre vigilância e resposta e não se satisfaçam apenas com o facto de poder informar que todos os indicadores foram alcançados.



Figura 9:
Discussão de grupo de trabalho técnico em língua inglesa sobre actividades de colaboração e resposta transfronteiriças e colaboração e coordenação inter-sectorial antes e durante o PHE





2.5 Sessões temáticas

Implementação e sustentabilidade da vigilância electrónica:

Questões e desafios mais importantes	Requisito essencial para o reforço de uma vigilância electrónica sustentável	Soluções recomendadas - regional	Soluções recomendadas - nacional
Não existe uma ferramenta electrónica interoperável para apoiar a vigilância electrónica no contexto Uma Só Saúde (OH)	Aceitação pela liderança nacional (vontade política) e parceria forte (PPP)	Desenvolver uma ferramenta electrónica inter-operável para apoiar a vigilância electrónica no contexto da OH 2018	Desenvolver um quadro legal que promova e obrigue os parceiros de vigilância electrónica no contexto da OH 2018
Não existe estratégia nem quadro político baseados em provas que apoie a implementação da vigilância electrónica no contexto da One Health	Ferramentas e canais de notificação bem definidos	Desenvolver um quadro estratégico que oriente os países na implementação da vigilância electrónica: Estratégia, ferramentas e normas, até 2018	Linha orçamental específica para a vigilância electrónica até 2018
Não existe ferramenta e software genérico uniformizado	Disponibilidade de orientação técnica, estratégias e seguimento	Desenvolver software genérico testado com provas até 2018	Incentivar e reforçar as PPP para a vigilância electrónica até 2018
Capacidade técnica local inexistente ou limitada (Desenvolvimento e Gestão)	Formação dos recursos humanos e conectividade e infraestrutura de TIC-internet utilizável	Desenvolver um quadro genérico M&E e criar mecanismos para seguir os progressos até 2018	Reforça as capacidades em recursos humanos (desenvolvimento e Gestão) e uma infraestrutura de TIC no contexto da OH até 2020



Infraestrutura de TIC limitada e ausência de sustentabilidade financeira

Financiamento governamental sustentável para apoiar a expansão depois da fase piloto

Advogar recursos até 2017

Desenvolver ferramentas integradas de notificação relevantes e um quadro de monitorização até 2018

Acessibilidade áreas remotas

a Medidas alternativas para outras fontes de electricidade

Advogar a cobertura de internet a nível nacional

Falta de electricidade

Advogar uma linha orçamental para a e-VIDR junto do MdS

Orçamento insuficiente

Documentação e materiais de informação

Sistema de saúde débil (e-saúde, qualidade dos dados, recursos humanos, finanças)

Orientações/módulos de formação/DHIS2 para a IDSR existentes

Criar/reforçar a política de e-saúde, de vigilância electrónica e de TI

Políticas de harmonização da vigilância electrónica nos países

A plataforma existente de VIDR tende para o IBS (EBS semanal, sem feedback)

Boa parceria com os sectores parceiros/privado, p.ex. empresas de telecomunicações

Melhorar o sistema de saúde (mobilização de recursos, formação dos recursos humanos, energia, infraestrutura)

Desenvolver Orientação e indicadores para a implementação da e-vigilância

Não existe mecanismo de partilha de dados entre sectores

Existe um sistema de vigilância em todos os países nas regiões

Harmonizar/normalizar as plataformas de e-vigilância para apoiar as funções centrais do One Health e da VIDR/RSI (a níveis nacional e regional)

Harmonizar/normalizar as plataformas de e-vigilância para abranger o OH e apoiar a função central da VIDR/RSI



Não existem modelos de partilha de dados e sectores diferentes em fases diferentes do desenvolvimento dos sistemas de saúde (desafios políticos e legislativos)

Avanço tecnológico regional incluindo desenvolvimento de competências

Desenvolver e divulgar orientações para a e-vigilância

Melhorar o sistema de saúde (Recursos, RH e Capacidade de diagnóstico)

Plataformas diferentes entre países e ausência de normalização da e-vigilância

Existem outras estratégias como o GHSA, o RSI, o One Health

Criar indicadores de monitorização da e-vigilância

Desenvolver e implementar um sistema completo de vigilância do One Health

Formação de todo o sistema de saúde (público, privado)

Indicadores principais de desempenho da VIDR e do RSI

Atraso na adaptação dos Estados Membros às novas orientações da IDSR

Existe apoio técnico e financeiro na OMS e nos parceiros para a implementação do RSI/JEE

Advogar o apoio e o empenho governamental na implementação da VIDR e do RSI

Os países deverão utilizar métodos inovadores de mobilização de recursos, incluindo a integração da VIDR e do RSI como linhas do orçamento nacional

Recursos inadequados para adaptar e aplicar a VIDR

Disponibilidade das Orientações e ferramentas da VIDR

Mobilização de recursos dos governos e parceiros

A OMS deverá orientar os NFP nas capacidades centrais do RSI, do quadro M&E e do processo de JEE



Advocacia e envolvimento governamental inadequados para a implementação da VIDR e do RSI

Existe parceria para apoiar a implementação do RSI/VIDR, p. ex. GHSA, WAHO, IGAD, REDISSE project, DFID, CDC

Desenvolver um quadro comum de implementação do EBS

Reforçar a coordenação RSI e o M&E

Ausência de um quadro comum de implementação do EBS

Existe uma plataforma de e-Learning para o VIDR/RSI exist

Orientação dos NFP sobre RSI e JEE

A OMS deverá desenvolver e fornecer aos países ferramentas genéricas de EBS, por exemplo orientações CBS, etc

O RSI não é bem compreendido, incluindo o NFP, p. ex. o que são capacidades mínimas, a JEE

A OMS deverá alinhar a JEE e o quadro M&E

2.6 Reunião com os Parceiros

2.6.1 Comentários de abertura

TO presidente, *o Dr. Yoti Zabulon*, abriu a reunião dando as boas vindas a todos os parceiros e sublinhando que a parceria é essencial para alcançar a Cobertura Universal de Saúde. Descreveu o roteiro da VIDR para cobrir 9 áreas prioritárias nos próximos dois anos. Ressaltou a prioridade de esforços de coordenação mais fortes para melhorar as parcerias e convidou os membros a

identificar áreas para alinhar e apoiar as diferentes áreas prioritárias. Informou os membros de que a 3ª edição das Orientações técnicas da VIDR, que está a ser finalizada, sublinha a abordagem Uma Só Saúde e multi-risco para a vigilância e resposta, a vigilância transfronteiriça e a vigilância baseada em indicadores (IBS). A revisão foi realizada com recurso a uma consulta técnica, e seria lançada de modo experimental nalguns países, antes de melhorar e desenvolver um plano final. Abaixo estão as 9 áreas prioritárias do roteiro:



Áreas prioritárias	Calendário
<p>1. Concluir a 3ª edição das orientações técnicas da VIDR, abrangendo: Vigilância Baseada em Indicadores (IBS), Vigilância Baseada em Ocorrências (EBS), Vigilância com base na Comunidade, Vigilância Transfronteiriça e Expansão da Vigilância Electrónica suportada por Plataformas de sistema de informações geográficas (GIS)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Reunião consultiva da VIDR para rever o esboço das Orientações Técnicas VIDR (OT) 	<p>Novembro, 2017</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Concluir as OT da VIDR 	<p>1º trimestre 2018</p>
<ul style="list-style-type: none"> • OT da VIDR piloto em 6 países 	<p>1º trimestre 2018</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar as OT da VIDR 	<p>2º trimestre 2018</p>
<p>2. Concluir os módulos de formação VIDR</p>	<p>2º trimestre 2018</p>
<p>3. Finalizar os SOPs para os mecanismos de coordenação da VIDR, levando em consideração os quadros existentes - abordagem RSI e Uma Só Saúde</p>	<p>2º trimestre 2018</p>
<p>4. Concluir as orientações e módulos da Equipa de Resposta Rápida, 2ºT 2018</p>	<p>2º trimestre 2018</p>
<p>5. Concluir os SOP da VIDR para a colaboração e coordenação transfronteiriças</p>	<p>1º trimestre 2018</p>
<p>6. Apoiar a inclusão da VIDR revista no anterior plano curricular de formação de pelo menos 10 instituições de formação</p>	<p>3º trimestre 2018</p>



7. Apoiar os países seleccionados para expandir a VIDR com pelo menos 90% de cobertura do sistema de saúde 1º trimestre 2018

8. Documentar a implementação da VIDR, 2ºT 2019 2º trimestre 2018

9. Reunião do Grupo de Acção VIDR , 3ºT 2019 3º trimestre 2018



2.6.2 Declarações e reacções dos parceiros

2.6.2.1 UNICEF

A representante da UNICEF, Susie Villeneuve, agradeceu todos os parceiros pelo seu papel no apoio à gestão de emergências e afirmou ainda que uma das principais responsabilidades da organização é fornecer vacinas e outros serviços de apoio para o controlo de surtos, incluindo educação e saneamento, garantindo ao mesmo tempo equidade e segurança para crianças e mulheres. Referiu que elaboraram para aprovação um documento que descreva claramente as áreas de colaboração. Também reconheceu que a reunião foi um bom ponto de partida. Algumas das áreas de parceria incluem o planeamento conjunto e a realização de reuniões e conferências ad hoc sobre saúde.

A UNICEF tem experiência em emergências de saúde, uma equipa forte em termos de saúde electrónica e pode fornecer suporte em e-VIDR, contribuir para a vigilância comunitária em tempo real, para as actividades transfronteiriças e para o reforço do sistema de saúde. Os fundos foram direccionados para algumas das actividades já implementadas pela UNICEF nalguns países e que podem ser alargadas a mais países. As áreas seriam portanto apoiadas no âmbito do roteiro.

Comentário: A OMS possui actualmente centros funcionais com peritos em regiões específicas; Os sistemas podem ser fortalecidos trabalhando em parceria com a UNICEF.

2.6.2.2 US-CDC C

A representante da CDC, Dra. Olga Henao, comprometeu-se a continuar a prestar apoio técnico através dos seus escritórios nos países e da estrutura do hub. Reconheceu a necessidade de construir capacidade, a diferentes níveis, ou seja, nacional, regional, local e distrital. Foi dado o exemplo da Serra Leoa, onde a equipa dos CDC participa directamente na formação. A sugestão de ter um fórum em que todos os

parceiros possam encontrar-se e também, a reunião do grupo de acção são positivas e podem ser melhoradas com chamadas telefónicas regulares (mensais ou trimestrais) para discutir o progresso da implementação.

2.6.2.3 USAID

O representante da USAID, Dr^a. Andrea Long Wagar, perguntou se os pontos focais nos países estão envolvidos na experiência técnica para a formulação de novas orientações VIDR. Fez notar que isso aumentaria e facilitaria a adopção das orientações, uma vez que os pontos focais estão mais familiarizados com as realidades do país. Para fins de sustentabilidade face a recursos decrescentes, é essencial procurar nos países antes de convidar parceiros. Para ter um entendimento comum de Uma Só Saúde e centrar a atenção nas instituições dentro dos países, sublinhou a necessidade de melhorar a coordenação, para que os países estejam mais preparados para responder a emergências.

Comentário: As novas orientações serão primeiro aplicadas enquanto piloto em 6 países (usando critérios a aprovar) antes da finalização e disseminação noutros países. Foi sublinhado aos membros que as orientações iriam permitir flexibilidade para a adaptação ao contexto de cada país.

2.6.2.4 CDC para Africa

O representante do CDC para Africa, Dr. Ahmed Zaghoul, reconheceu que é um plano ambicioso. Sugeriu o desenvolvimento de um mecanismo inovador para incorporar a VIDR nas diferentes actividades de vários parceiros, a fim de evitar duplicações. Fez notar que uma revisão dos relatórios de JEE revelou que os países têm fraquezas e que o ACDC está a trabalhar para os apoiar na resolução desses pontos fracos. Mencionou as áreas prioritárias do CDC para Africa, que incluem o reforço dos centros de apoio de emergência. O caminho a seguir é garantir a uniformização da vigilância electrónica, independentemente da plataforma utilizada. Sugeriu que outro método para envolver mais países na revisão das no-



vas orientações da VIDR é através de uma plataforma on-line, o que permite que mais peritos comentem e actualizem regularmente, e que pode ser consultada por peritos técnicos da OMS.

Comentários: Foi reconhecido que já existe uma forma de colaboração que pode ser desenvolvida, embora o feedback até agora tenha sido lento. A forma de vigilância baseada em papel não seria suprimida, uma vez que as versões electrónicas seriam complementares. Foi sublinhada a necessidade de construir sobre as estruturas existentes, ao mesmo tempo que as orientações existentes são revistas, por exemplo os POPs publicados.

2.6.2.5 WAHO

O roteiro desenvolvido está, em 2016/2017, alinhado com o WAHO. Várias actividades serão implementadas em parceria e foi sugerido que se concedesse mais tempo à implementação do e-learning e à intensificação da vigilância transfronteiriça, bem como à formação de pessoal nas fronteiras e ao desenvolvimento de módulos de formação para a capacitação do pessoal, levando em consideração a abordagem One Health.

Comentários: A OMS trabalha em estreita colaboração com a WAHO para implementar a VIDR em todos os países. Reconheceu-se que o trabalho realizado na CEDEAO promoveu a harmonização e a rápida implementação em 17 países e reforçou o papel da One Health na África Ocidental.

2.6.2.6 FAO

O representante da FAO, Dr. Charles Eric Bebay, indicou que a sua organização está empenhada em apoiar a abordagem Uma Só Saúde e as principais actividades de coordenação. Observou que, ao desenvolver procedimentos operacionais padronizados (POPs), a mobilização técnica é possível e o apoio da FAO promoveria a harmonização e eliminaria a confusão dentro dos países, como é frequentemente o caso quando cada parceiro realiza as suas próprias actividades.

Foi feita uma sugestão para desenvolver um Quadro

de monitorização da abordagem Uma Só Saúde e informar os países e todas as partes interessadas. O sistema animal é fraco e é necessário contruir capacidade, por exemplo com formação de epidemiologistas, e partilha sistemática de informações. Também é importante envolver os serviços veterinários e garantir a sua presença a nível comunitário. Com o apoio da USAID, o objectivo é implantar pontos focais peritos em saúde animal nos países para fornecer apoio.

Comentários: Identificar áreas de colaboração em saúde animal; Existem muitos sistemas de preparação precoce para doenças emergentes que não foram considerados em África, apesar dos avisos dos meteorologistas sobre os padrões climáticos extremos. Em caso de seca, por exemplo, não são apenas os animais que morrem. O conjunto dos 47 países ofereceram-se para ter NAPL como resultado da JEE, a chave é a implementação. Um membro mencionou que todas as actividades de JEE foram realizadas em colaboração com a FAO e a OIE e foi publicado um manual sobre a implementação e monitorização da JEE que pode ser usado para avaliar a situação da abordagem One Health.

2.6.2.7 ECSA

A ECSA coordena as actividades na região da África Oriental e Austral para garantir uma harmonização das actividades. As actividades mais recentes incluem o reforço da vigilância nas fronteiras internacionais. Além disso, um sistema de vigilância electrónica desenvolvido para partilhar informações sobre as diferentes doenças prioritárias aumentou a capacitação, especialmente em serviços de laboratório e formação. O representante da ECSA, Dr. Willy Were, expressou o interesse em ter exercícios de simulação de vigilância transfronteiriços, porque isso permite avaliar o funcionamento dos sistemas. Pediu aos membros que ajudassem com orientações para superar a cólera, que é um problema crescente na região da África Oriental e Austral.

Comentários: Existe uma vontade política de controlar as duas doenças prioritárias, a cólera e a Febre



amarela, e os vários ministros da saúde da região apoiam uma estratégia regional sobre o controlo da cólera e a eliminação da febre amarela em África.

2.6.3 Resumo dos comentários dos parceiros e caminho a seguir

- ▶ Promover a uniformização da saúde electrónica e utilizar uma abordagem Uma Só Saúde;
- ▶ O sistema animal é fraco e há necessidade de capacitação, por exemplo, formação de epidemiologistas e partilha de informações;
- ▶ Colocar a ênfase na vigilância com base na comunidade, e o registo dos rumores deve continuar em uso e ser analisado posteriormente;
- ▶ É necessário criar uma estrutura de monitorização da implementação e da colaboração na Uma Só Saúde e usá-la como mecanismo para informar os países e todas as partes interessadas;
- ▶ Reforçar os mecanismos de coordenação para evitar a duplicação de actividades de diferentes parceiros;
- ▶ Mapear as actividades que estão a ser realizadas por vários parceiros para otimizar os recursos e evitar a duplicação de actividades. Participar em actividades que já existem, muitas das quais são geralmente muito criativas e precisam de melhorias sem ser necessário inventar outras;
- ▶ Um mecanismo para o sucesso da implementação é o uso de recursos nacionais, por exemplo os pontos focais nacionais, quando se elaboram documentos técnicos para recomendação, a fim de promover a apropriação e garantir a sustentabilidade.

Caminho a seguir

For all the nine items listed, each partner should do. Para todos os nove pontos listados, cada parceiro deve identificar as áreas em que estão a trabalhar:

- ▶ Partilhar informações trimestralmente entre parceiros para manter a actualização, partilhar

as lições aprendidas e manter o contacto como forma de auditoria ao nível da implementação;

- ▶ Organizar uma reunião do Grupo de Acção de dois em dois anos para auditar as actividades anteriores.

Recomendações

Os delegados fizeram as seguintes recomendações no final da reunião.

Recomendações aos Estados Membros:

- ▶ VIDR & Reforço do Sistema de Saúde
 - ▶ Desenvolver um Plano Nacional de Acção para a Segurança da Saúde (NAPHS), utilizando abordagens one-health/multi-risco até 2019;
 - ▶ Reforçar a implementação da vigilância baseada em ocorrências e da vigilância comunitária para complementar a vigilância baseada em indicadores para notificação precoce e detecção atempada de ocorrências de saúde pública;
 - ▶ Investir recursos internos na implementação da VIDR através da alocação de fundos flexíveis ou de uma linha orçamental para garantir a sustentabilidade;
 - ▶ Os países devem utilizar métodos inovadores para mobilizar recursos para a expansão da VIDR.
- ▶ Iniciativas transfronteiriças, colaboração e coordenação inter-sectorial
 - ▶ Implementar estruturas e ferramentas para o reforço da colaboração e coordenação transfronteiriças;
 - ▶ Realizar o planeamento conjunto, a implementação conjunta e o acompanhamento e avaliação conjunta das actividades transfronteiriças.
- ▶ Criação de capacidade para a VIDR
 - ▶ Introduzir a VIDR revista nos planos curriculares pré-profissionais das instituições de formação em saúde, para disponibilizar recursos com formação de base;



- ▶ Apoiar a implementação dos planos curriculares de VIDR e RSI nas Instituições de formação em saúde pública até 2019.

- ▶ Implementação e sustentabilidade da e-Vigilância

- ▶ Desenvolver um quadro legal para promover a vigilância electrónica;

- ▶ Desenvolver uma estrutura de monitorização e avaliação e ferramentas de notificação para a vigilância electrónica.

- ▶ Desenvolvimento e divulgação de materiais de informação

- ▶ Criar políticas para materiais de informação.

- ▶ Indicadores Principais de Desempenho da VIDR e do RSI

- ▶ Implementar a vigilância baseada em ocorrências (EBS), usando a VIDR revista;

- ▶ Reforçar a coordenação do RSI e a Monitorização e Avaliação.

- ▶ Desenvolver e divulgar os Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) para orientar os mecanismos de coordenação da VIDR, levando em consideração a Abordagem Uma Só Saúdeh, até ao final de 2018;

- ▶ Desenvolver e apoiar a implementação de um quadro e de ferramentas para reforçar a colaboração transfronteiriça, a coordenação e uma ferramenta electrónica inter-operável dentro de uma abordagem one-health, até 2019;

- ▶ Reúnir/convocar reuniões do grupo de acçãoVIDR de dois em dois anos;

- ▶ Divulgar os materiais de informação relevantes para facilitar a partilha atempada de informações entre os Estados Membros e as partes interessadas relevantes;

- ▶ Apoiar os Estados Membros no desenvolvimento dos Planos de Acção Nacionais que sejam regularmente monitorizados e avaliados;

- ▶ Criar um mecanismo de coordenação de parceria regional/sub-regional;

- ▶ Criar uma força de trabalho de saúde regional para responder prontamente a surtos e emergências sanitárias.

OMS e Parceiros

- ▶ Finalizar e divulgar a 3ª edição das Orientações e ferramentas de VIDR;

CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO



A Dr^a. Mireille N. Randria, Chefe da Unidade de Vigilância Epidemiológica em Madagáscar, representou os Estados Membros e dirigiu-se a todos os parceiros. Reconheceu a qualidade das apresentações e das experiências partilhadas e os desafios da implementação da VIDR. Constatou os avanços realizados na revisão do progresso pelos países; as estruturas e estratégias existentes para melhorar a VIDR e do RSI. Agradeceu a OMS e os parceiros por apoiar a implementação da VIDRe a reunião do grupo de acção e solicitou aos países que implementem as recomendações da reunião para levar a VIDR para um nível superior. Também incentivou a organização de reuniões regulares desse tipo para partilhar experiências com o objectivo de implementar a VIDR.

A Dr^a. Andrea Long Wagar, Conselheira Superior para as Doenças Infecciosas, representou o Escritório Africano da USAID e os parceiros, e agradeceu os organizadores e participantes e reconheceu que a reunião foi um passo positivo de consolidação das parcerias para aumentar a segurança nacional e internacional da saúde pública. Constatou que a próxima revisão da OT da VIDR seria

muito enriquecida pelas discussões e recomendações da reunião.

O dia terminou com a cerimónia de encerramento presidida pelo **Dr. Yoti Zabulon**, representando o Director Regional das Emergências, programa de WHE para a Região Africana. Agradeceu o Governo do Uganda e todos os participantes na reunião de três dias que trabalharam muito para alcançar os quatro objectivos da reunião. Sublinhou a importância de esforços concertados para atingir o objectivo geral da reunião, a necessidade de uma melhor coordenação, intensificar os esforços na linha da frente e promover uma maior colaboração trans-fronteiras, desenvolver uma melhor estrutura, utilizando as abordagens multi-risco e Uma Só Saúde e soluções electrónicas. Lembrou o lançamento do curso de e-Learning da VIDR, que é uma oportunidade para aumentar a quantidade de pessoal formado. Sublinhou a necessidade de investir mais em termos de

tempo, recursos e dinheiro para o reforço da Vigilância baseada em ocorrências, incluindo a Vigilância baseada na comunidade e a Resistência Antimicrobiana na Região Africana. Sublinhou que a VIDR é uma pedra angular do GHSA e de África, e é a ferramenta de notificação rápida, detecção precoce e resposta atempada. Desejou aos participantes um regresso seguro aos respectivos países e declarou encerrada a reunião do Grupo de Acção VIDR.





AGRADECIMENTOS

TO Presidente expressou a sua gratidão a todos os participantes por terem encontrado tempo nas suas agendas carregadas para participar da reunião e por trabalharem arduamente para alcançar os objectivos da reunião. Também agradeceu ao Governo do Uganda para acolher a reunião e ao Escritório de País da OMS por tratar da organização no terreno.

Agradeceu os relatores pelo trabalho de captura dos pontos chave e por manter os membros informados através de sessões de recapitulação e de um resumo diário dos procedimentos.

Agradeceu ainda as equipas de apoio, incluindo a equipa técnica, a equipa do hotel, os tradutores e os motoristas pelo seu empenho durante a reunião.

Também expressou a sua gratidão à equipa da OMS/AFRO e da sede, que forneceu conhecimentos técnicos, planeou a reunião e desempenhou o papel de secretariado.

Por fim, expressou o seu agradecimento aos diferentes parceiros: CDC dos EUA, USAID, FAO, CDC para Africa, UNICEF, AFENET, WAHO, ECSA-HC e Public Health England, que, de várias maneiras, prestaram apoio para garantir o sucesso da reunião.



ANEXOS



ANEXO 1. TERMOS DE REFERÊNCIA

I. Introdução

Em Setembro de 1998, o Comité Regional do Escritório Regional da OMS para a África (OMS/AFRO) aprovou a resolução AFR/RC48/R2 que convida os Estados Membros a implementar a estratégia de Vigilância Integrada das Doenças (VID). A VIDR é uma estratégia abrangente baseada em provas para o reforço dos sistemas nacionais de vigilância e resposta de saúde pública nos países africanos.

Em 2000, foi criado na Região o Grupo de Acção VIDR para assessorar o Director Regional em questões relacionadas com a implementação da VIDR. A primeira reunião foi realizada em Harare, no Zimbabwe, em 2000. Posteriormente, realizaram-se reuniões anuais até 2005. Em Maio de 2005, a Assembleia Mundial da Saúde adoptou o Regulamento Sanitário Internacional revisto (RSI, 2005), na Resolução WHA58.3, para reforçar a segurança sanitária mundial, evitando interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacional. Os requisitos de capacidade básica do RSI estão claramente definidos no Artigo 5 e incluem: a capacidade de detectar, avaliar, notificar e reportar ocorrências; bem como os requisitos de capacidade para vigilância e resposta; e aqueles para aeroportos, portos e pontos de fronteira terrestres especificados.

A VIDR na Região Africana da OMS foi o quadro principal de grandes realizações, nomeadamente o progresso na erradicação da poliomielite, o controlo e eliminação de grandes doenças evitáveis por vacina (sarampo, febre amarela, tétano neonatal) e o progresso geral em vigilância prioritária de doenças como a malária, a tuberculose e a SIDA.

Apesar da adopção dessas resoluções, a sua implementação foi concretizada nos vários países com níveis de sucesso diferentes. Consequentemente, a resposta a emergências de saúde continua a ser uma grande preocupação. Além disso, a VIDR enfrentou alguns desafios importantes nos últimos anos. O desenvolvimento de um sistema financiado de vigilância paralela para doenças específicas, a quantidade insuficiente de recursos financeiros para implementar a VIDR nos níveis nacional e subnacional, as notificações

tardias dos agentes de vigilância, a debilidade da supervisão baseada na comunidade e a mobilidade do pessoal formado prejudicam o desempenho da VIDR aos níveis local, nacional e mundial com efeitos importantes no sistema de alerta precoce e na Segurança Sanitária Mundial. O número limitado de países que partilham dados VIDR tem um impacto negativo nos objectivos e na tomada atempada de decisões.

Para reforçar as capacidades dos Estados Membros da Região para prevenir, detectar e responder às emergências de saúde pública no âmbito da estratégia regional de segurança sanitária e emergências, é necessário expandir e sustentar a implementação da VIDR. A existência de uma estrutura de monitorização funcional responsável pelo acompanhamento da implementação da VIDR é importante para melhorar o desempenho da VIDR. Com base no acima exposto, a WHE/OMS-AFRO pretende recriar o grupo de trabalho VIDR na Região para supervisionar a implementação de estratégias e intervenções e mobilizar recursos adicionais para apoiar a consecução dos resultados prioritários da VIDR aos níveis regional e nacional.

II. Membros

Incluem-se nos membros do grupo de trabalho:

- ▶ Nacionais: Principais decisores campeões da VIDR de seis países seleccionados, levando em consideração o equilíbrio geográfico da OMS (dois da África Ocidental, dois da África Central e dois da África Oriental/Austral),
- ▶ Funcionários da Organização Mundial da Saúde
 - Escritório Regional para a África
 - Programa WHE: Gestor de Área do Programa Nacional de Preparação para Emergências Sanitárias & RSI, Pessoa Focal RSI e Segurança Sanitária Mundial, Pessoa Focal Nacional para a Vigilância Integrada de Doenças, Pessoa Focal de Formação VIDR, Pessoa Focal de Vigilância Laboratorial, Pessoa Focal e Gestor de Dados de Verificação, Detecção e Alerta
 - Outros grupos orgânicos (FRH, CDS, HSS, NCD,



IVD and PEP): Pessoa Focal para a Vigilância

- Sede: Pessoa Focal para a Vigilância
- Escritórios Nacionais da OMS: Serra Leoa, Sudão do Sul, Libéria, RD do Congo, Guiné e Ruanda.

➤ Outras agências e organizações profissionais que partilham a visão, as metas e os objectivos da AFRO para a implementação da VIDR.

- Organização Mundial da Saúde Animal (OIE)
- Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO)
- Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC)
- Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID)
- Centro Africano para o Controlo e Prevenção de Doenças (CDC África)
- Organização de Saúde da África Ocidental (WAHO)
- Federação Internacional da Cruz Vermelha (IFRC)
- Rede Africana de Epidemiologia de Terreno (AFENET).

Os membros dos países e os Escritórios de País da OMS serão incluídos de forma rotativa com representantes escolhidos por um período máximo de três anos, com rotação a partir do ano 4 e renovação de países em cada sub-região.

III. Funções

- Analisar anualmente o progresso regional na implementação da estratégia VIDR com base em indicadores principais e fazer recomendações sobre actividades prioritárias;
- Contribuir para a mobilização de recursos financeiros e técnicos para a VIDR aos níveis

regional e nacional e recomendar formas de melhorar o uso coordenado dos recursos para a VIDR;

- Reforçar a implementação dos mecanismos nacionais de coordenação da VIDR;
- Recomendar formas de promover a partilha de informações e as melhores práticas sobre a VIDR entre os Estados Membros e sobre questões de VIDR entre as partes interessadas;
- Propor o plano de acção VIDR regional e o seu orçamento;
- Propor o apoio técnico necessário para a implementação de políticas, estratégias e planos nacionais de saúde sobre VIDR e quadros associados;
- Facilitar a formulação e a tradução de políticas baseadas em provas em planos de acção.
- Fazer recomendações adicionais à Directora Regional sobre como melhorar a implementação da Estratégia VIDR na Região Africana.

Para garantir a implementação dessas funções, o secretariado da OMS:

- Conduzir o desenvolvimento de políticas, orientações e ferramentas adicionais necessárias para a implementação e ampliação da VIDR;
- Coordenar a implementação, monitorização e avaliação das actividades planeadas;
- Acompanhar as autoridades nacionais quanto à implementação das recomendações aprovadas pelo Grupo de Acção.

Outras agências e organizações profissionais assegurarão a implementação de tarefas essenciais com base nas suas vantagens comparativas.



IV. Métodos de trabalho

- O Grupo de Acção VIDR será presidido pela WHE/OMS-AFRO.
- A OMS-AFRO desempenhará as funções de Secretariado e será também responsável pela coordenação do desenvolvimento e divulgação dos boletins informativos trimestrais.
- O Secretariado será o ponto de contacto para todos os membros e será responsável por gravar todas as reuniões e facilitar as comunicações.
- O Grupo de acção reunirá-se-á anualmente e prosseguirá as interações com teleconferências e e-mails.
- O Secretariado produzirá um Relatório Anual que sintetizará a direcção estratégica actualizada para a organização, os pontos altos, as questões importantes e as novas iniciativas num documento que não excederá 10 páginas.

ANEXO 2. AGENDA DA REUNIÃO

Hora	Actividades	Responsável
Terça-feira, 19 de Setembro de 2017		
08.30-12.30	<ul style="list-style-type: none"> - Registo dos participantes - Objectivos, resultados esperados e métodos de trabalho - Adopção da agenda - Eleição da Presidência e Relatores <p>PAUSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cerimónia de abertura - Representante da OMS no Uganda - Exmº Ministro da Saúde do Uganda - Fotografia de Grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Dr Yoti Zabulon, OMS/AFRO <ul style="list-style-type: none"> - Representante da OMS - Ministro da Saúde ou representante do MdS
Objectivo 1: Rever os progressos da implementação da estratégia VIDR na última década e fazer recomendações para intervenções prioritárias		
12.30-12.50	Visão geral das estratégias em curso e novas e quadro de reforço da preparação na região africana da OMS	Dr Ali Ahmed Yahaya, OMS AFRO
12.50-13.10	Implementação da Agenda Mundial de Segurança Sanitária na Região Africana da OMS: principais resultados, questões e desafios e caminho a seguir	Drª Henao, Olga, US CDC
13.10-13.30	Debate	
13.30-13.50	Actividades de preparação e resposta no contexto da abordagem One Health	Dr Charles Bebay, FAO
13.50-15.00	PAUSA PARA ALMOÇO	
15.00-15.20	Implementação da VIDR: lições e caminho a seguir	Dr. Ben Masiira, AFENET
15.20-15.40	Debate	
15.40-16.00	Vigilância de base comunitária: lições e melhores práticas	Dr Franklin Asiedu-Bekoe, GANA
16.00-16.20	Vigilância baseada em ocorrências : lições e melhores práticas	Drª Mireille Randria, MADAGÁSCAR
16.20-16.40	Desenvolvimento da VIDR: lições e melhores práticas	Mr Thomas K. Nagbe, LIBÉRIA
16.40-17.00	Debate	TODOS
17.00-17.30	PAUSA	



Quarta-feira, 20 de Setembro de 2017

Objectivo 2: Recomendar acções de reforço dos mecanismos nacionais de coordenação da IDSR

08.30-08.45	Resumo do Dia 1	RELATORES
08.45-09.00	Investigação e resposta a surtos: lições e melhores práticas	Dr Gaston Tshapenda, RD CONGO
09.00-09.15	Vigilância da RAM: lições e melhores práticas	Ms Tsakari Furumele, ÁFRICA DO SUL
09.15-09.35	Debate	
09.35-09.50	Parceria para a implementação da IDSR	Dr Ambrose Talisuna, OMS AFRO
09.50-10.05	Parceria para o reforço da preparação e resposta	Dr Ahmed Zaghloul, CDC para Africa

Hora	Actividades	Responsável
10.05-10.20	Implementação da VIDR	Dr ^a Félicité Chokki-Laleye, WAHO
10.20-10.40	Debate	
10.40-11.00	PAUSA	
11.00-11.10	Implementação da abordagem Uma Só Saúde nos Camarões: lições e melhores práticas	Dr Stéphane A. Abah Abah, CAMARÕES
11.10-11.40	Lançamento oficial do curso de e-Learning da VIDR	Dr Boukare Bonkougou, OMS/AFRO
11.40-12.00	Debate	TODOS
12.00-14.00	PAUSA PARA ALMOÇO	
14.00-15.00	Introdução ao trabalho em grupos Sessões de trabalho em grupo: <ul style="list-style-type: none"> – Grupo A: Vigilância e Resposta Integrada das Doenças e Reforço dos Sistemas de Saúde – Grupo B: Colaboração transfronteiriça para as actividades de preparação e resposta & colaboração e coordenação intersectorial antes e durante o PHE – Grupo C: Construção de capacidade para a VIDR, incluindo o EBS 	Dr Pierre Nabeth, OMS/HQ TODOS
15.00-15.30	PAUSA	
15.30-16.30	Relatórios do trabalho dos grupos e debate	GRUPOS
16.30-17.00	Conclusão	Dr Ali Yahaya, OMS/AFRO



Quinta-feira, 21 de Setembro de 2017		
Objectivo 3: Recomendar acções de promoção de partilha de informações sobre a VIDRentre agências participantes e Estados Membros		
08.30-08.45	Resumo do Dia 2	RELATORES
08.45-09.00	Materiais de informação e documentação	Dr Pinyi N.M. Apur, SUDÃO DO SUL
09.00-09.15	Implementação da e-Vigilância: lições e melhores práticas	Dr Foday Dafaie, SERRA LEOA
09.15-09.30	Debate	
09.30-10.00	PAUSA	
10.00-12.00	Introdução ao trabalho em grupos Sessões de trabalho em grupo <ul style="list-style-type: none"> – Grupo A: Implementação e sustentabilidade da e-Vigilância – Grupo B: Desenvolvimento e divulgação de materiais de informação – Grupo C: Indicadores Principais de Desempenho da IDSR e do RSI Reunião dos parceiros	Dr Daniel Yota, OMS/AFRO
12.00-13.30	PAUSA PARA ALMOÇO	
13.30-14.30	Relatórios do trabalho dos grupos e debate	GRUPOS
14.30-15.00	Apresentação da Síntese das reuniões e Recomendações	Dr Ambrose Talisuna, OMS/AFRO
14.45-15.00	PAUSA	
15.00-15.30	Debate e validação do Relatório de síntese provisório e das Recomendações	OMS
15.30-16.00	Comentários de encerramento	Representantes dos países, USAID, OMS/AFRO

ANEXO 3. LISTA DE PARTICIPANTES

	Nome(s)	País	Org./Ministério	Função
ESTADOS MEMBROS				
1	Dr Hannoun Djoher	Argélia	JNSP	<i>Chefe do Departamento</i>
2	Dr Nesredin Jami Oumer	Botsuana	MdS	Pessoa focal VIDR
3	Dr Issaka Yaméogo	Burkina Faso	MdS	<i>Chefe de serviço de vigilância epidemiológica</i>
4	Dr Spes Ndayishiniye	Burundi	MdS	<i>Chefe de serviço de urgências e resposta às epidemias e VIDR</i>
5	Dr ^a Maria da Lourdes Monteiro	Cabo Verde	MdS	<i>Ponto Focal da VIDR MdS</i>
6	Dr Saindou Ben Ali Mbae	Comoros	MdS	<i>Responsável nacional da vigilância epidemiológica</i>
7	Dr Dzabatou Babeaux Angelie Serge Patrick	Congo	MdS	Director Executivo; Nacional (MCIP) VIH, DST, Epidemias
8	Dr. Gaston Tshapenda	RDC	MdS	Chefe de Divisão de Doenças não transmissíveis
9	Dr N'guetta Niamké Emilienne	Côte D'Ivoire	MdS	<i>Encarregado da vigilância epidemiológica</i>
10	Dr Benito Alu Nkumu	Guiné Equatorial	MdS	<i>Chefe VIDR</i>
11	Dr FikreMariam Ghimichael	Eritreia	MdS	Responsavel, VIDR
12	Dr Grégoire Biyoghe Obame	Gabão	MdS	<i>Director do Instituto de epidemiologia luta contra as epidemias</i>
13	Dr Balla Jatta	Gâmbia	MdS	Responsável Nacional da Vigilância das Doenças
14	Dr Franklin Asiedu Bekoe	Gana	MdS	Chefe do Departamento de Vigilância das Doenças
15	Dr Placido Cardoso	Guiné-Bissau	MdS	Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública
16	Sr Thomas K. Nagbe	Libéria	MdS	Director para as Doenças Infecciosas e Epidemiologia
17	Dr ^a Mireille Randria	Madagáscar	MdS	<i>Chefe de serviço de vigilância epidemiológica</i>
18	Mr Edward Chado	Malawi	MdS	Pessoa focal VIDR
19	Dr Sidi MdSamed Laghdaf	Mauritânia	MdS	<i>Director da Luta contra as Doenças</i>
20	Sr Rajivsing Jeeto	Maurícias	MdS/QL	Assessor Superior de Análise de Sistemas
21	Dr Narciso Antonio Maria Cardoso	Moçambique	MdS	Departamento de Epidemiologia
22	Sr ^a Matyenyika Selma Mpingana	Namibia	MdS	Responsável Nacional de Programa para a Vigilância
23	Sr ^a Aïchatou Mahaman	Níger	MdS	Ponto Focal da VIDR MdS
24	Kabeja Adeline	Ruanda	MdS	Director da Vigilância das Doenças
25	Sr João Costa Neto	São Tomé & Príncipe	MdS	<i>Técnico da Direcção de Cuidados de Saúde</i>
26	Dr Justin Bibi	Seichelles	PHA/MdS	Responsável pela Vigilância
27	Dr Foday Dafaë	Serra Leoa	MdS	Director da Prevenção e controlo de Doenças
28	Ms Furumele Tsakani	África do Sul	MdS	Departamento Nacional de Saúde
29	Dr Pinyi Nyimol Mawien Aupur	Sudão do Sul	MdS	Director-Geral para os Serviços de Saúde Preventivos
30	Sr Vusi Lokotfwako	Suazilândia	MdS	Epidemiologista
31	Dr Georges Cosmas Kauki	Tanzânia	MdS	Epidemiologista/ PF Nacional VIDR
32	Dr Tamekloe Tsidi Agbéko	Togo	MdS	<i>Chefe, SIMR</i>
33	Dr ^a Anne Nakinsige	Uganda	MdS	Responsável Médico Superior



34	Dr Isaac Phiri	Zimbabué	MdS	Pessoa Focal VIDR
PARCEIROS				
35	Dr Ben Masiira	Uganda	AFENET	Epidemiologista
36	Dr Willy Were		ECSA-HC	Epidemiologista médico
37	Dr ^a Olga Henao	USA-Atlanta	US CDC	Epidemiologista
38	Dr Victor Etuk	USA-Atlanta	US CDC	Epidemiologista
39	Prof ^a Isabel Oliver	UK	Public Health England	Directora do Serviço de Epidemiologia de Terreno & Directora do Serviço Nacional de Injecções
40	Dr Andrea Long Wagar	USA	USAID	Conselheiro Superior para as Doenças Infecciosas
41	Dr Charles Eric Bebay	Congo	FAO	Coordenador Sub regional One Health
42	Dr Ahmed Zaghoul	Egipto	African CDC	Epidemiologista
43	Dr Chokki Felicité	Burkina Faso	OOAS	WAHO-Bobo-Dioulasso
44	Sr ^a Susie Villeneuve	Senegal	UNICEF	Perito de Saúde Superior
45	Dr Raoul Kamadjeu	Quénia	UNICEF	Perito de Saúde
OMS				
46	Dr Yoti Zabulon	Congo	OMS/AFRO	TCO/WHE
47	Dr Ali Ahmed Yahaya	Congo	OMS/AFRO	CPIai/WHE
48	Dr Talisuna Ambrose	Congo	OMS/AFRO	RSI-GHS/WHE
49	Dr ^a Soatiana Rajatonirina	Congo	OMS/AFRO	IDS/WHE
50	Dr Boukare Bonkougou	Congo	OMS/AFRO	Formação & Construção de capacidade/WHE
51	Dr ^a . Ethel Nakakawa	Ruanda	OMS/AFRO	Secretariado
52	Dr Pierre Nabeth	Lyon	OMS/HQ	Preparação para a Vigilância RSI
53	Dr Da Silveira Fernando	Gabão	OMS/HUB	CPI & IHR/OMS ISTCA
54	Dr Banza Freddy	Zimbabué	OMS/HUB	Epidemiologista
55	Dr Yota Daniel	Burkina Faso	OMS/HUB	Epidemiologista
56	Dr Charles Njuguna	Serra Leoa	OMS/CO	Responsável VIDR/RSI
57	Dr Wamala Joseph	Sudão do Sul	OMS/CO	DPC
58	Dr Clement Peter	Libéria	OMS/CO	DPC
59	Dr Komakech Innocent	Uganda	OMS/CO	NPO/DPR



AGRADECIMENTOS

O órgão regional da Organização Mundial da OMS para a África em situações de Emergência da Saúde agradece o apoio e as contribuições feitas a este relatório pelos seguintes colegas:

Revisão geral

Dr Ibrahima Socé Fall

Escritores principais

Dr Zabulon Yoti

Dr Ali Ahmed Yahaya

Dr Ambrose Otau Talisuna

Dr Soatiana Cathycia Rajatonirina

Elaboração e revisão

Dr Yota Daniel

Dr Banza Freddy

Dr Wamala Joseph

Dr Da Silveira Fernando

Dr Ethel Nakakawa

Dr Pierre Nabeth

Dr Boukare Bonkougou

Dr Charles Njuguna

Dr Clement Peter

Dr Komakech Innocent

Desenhar

Mr Alden Moussongo Moukengue

A equipe da OMS para o Escritório Regional para Emergências de Saúde da África também deseja agradecer as contribuições de especialistas dos Estados Membros e parceiros cujos participantes foram ativamente envolvidos em apresentações e discussões para permitir o desenvolvimento deste relatório.

