

A Agenda de Transformação

Melhoria da capacidade para combater as epidemias na Região Africana da OMS

Lições dos surtos de Febre
Amarela, em 2016, na
República de Angola e
na República Democrática do Congo

Maio de 2019



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a **África**

COLECTÂNEA

A Brochura 3 da Agenda de Transformação : Melhorar a capacidade de combater as epidemias : Lições retiradas das epidemias de febre amarela de 2016 na República de Angola e na República Democrática do Congo

ISBN: 978-929034126-0

© Escritório Regional da OMS para a África e UNICEF, 2019

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: "Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa".

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. A Brochura 3 da Agenda de Transformação : Melhorar a capacidade de combater as epidemias : Lições retiradas das epidemias de febre amarela de 2016 na República de Angola e na República Democrática do Congo. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório regional para a África; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OMS, ver <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Concepção gráfica e Impresso na África do Sul

ÍNDICE



PREFÁCIO	1
1. ANTECEDENTES	5
2. SURTO DE FEBRE AMARELA EM ANGOLA E NA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO	9
Informações gerais sobre a Febre Amarel	9
Evolução do Surto de Febre Amarela de 2016	10
A Resposta aos Surtos de Febre Amarela de 2016 e as Conclusões	12
Lições Aprendidas	15
3. PERSPECTIVAS PARA O FUTURO	19



PREFÁCIO

Caro Leitor e Parte Interessada,

“A *Agenda de Transformação do Secretariado da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Região Africana, 2015–2020*”, doravante designada como a Agenda de Transformação, começou como uma agenda ambiciosa e ousada para criar uma organização regional de saúde previdente, pró-activa, reactiva, orientada para os resultados, transparente, responsável, adequadamente financiada e equipada para cumprir com o seu mandato. Isso significa uma organização que corresponde às expectativas e às necessidades das suas partes interessadas - “a OMS que os funcionários e as partes interessadas querem” - incluindo ser reactiva e eficaz no reforço dos sistemas nacionais de saúde; na coordenação da prevenção das doenças e no controlo de actividades, bem como na prontidão e na resposta aos surtos e lançando acções supranacionais em apoio a segurança sanitária global.

O primeiro ano de implementação da Agenda de Transformação, em 2015, coincidiu com o processo de planeamento para a preparação do Orçamento Programa da OMS 2016–2017. O primeiro ano viu também a adopção de 17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e de 169 metas para orientar o desenvolvimento mundial nos próximos 15 anos, até 2030, com o Objectivo 3 visando “*garantir a vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as faixas etárias*”. Isto proporcionou ao Secretariado da OMS na Região Africana uma oportunidade para institucionalizar a Agenda de Transformação, ao conceber o *Programa Africano de Transformação da Saúde, 2015–2020: uma Visão para a Cobertura de Saúde Universal* que serve de quadro estratégico para orientar as contribuições da OMS para a plataforma de desenvolvimento sustentável em África. O seu objectivo é o de garantir o acesso universal num pacote de serviços básicos de saúde em todos os Estados-Membros da Região e, por conseguinte, alcançar a Cobertura Universal de Saúde (CUS) com o mínimo de obstáculos financeiros, geográficos e sociais.

Estamos orgulhosos das diversas realizações alcançadas na implementação da Agenda de Transformação. Em colaboração com outros Estados-Membros, Parceiros de Desenvolvimento e Doadores, foram alcançados progressos e efectuadas mudanças em três áreas principais. No que diz respeito à segurança sanitária, o aumento da capacidade dos países e da região para detectar rapidamente e responder eficazmente às ameaças de saúde pública levou ao rápido controlo da maioria dos surtos de doenças que ocorreram. Os esforços feitos para garantir o bom funcionamento dos sistemas de saúde, em que toda a população recebe serviços de saúde equitativos e de qualidade sem obstáculos financeiros e de outra natureza, estão a levar a melhoria do acesso para intervenções de saúde rentáveis e a melhoria dos indicadores de saúde nos Estados-Membros.

Além disso, os esforços feitos para garantir que o Secretariado passe por mudanças organizacionais, programáticas e culturais com vista a cumprir com o seu mandato conduziram a melhoria dos serviços prestados e ao surgimento de uma mudança organizacional e cultural, incluindo a resolução aberta de problemas e a criação de um ambiente de trabalho respeitoso. Estamos já a ver mudanças essenciais na nossa maneira de trabalhar, de pensar e de interagir com os outros, assim como um aumento da responsabilização, da eficiência e da transparência e resultados tangíveis nos países.

Esta colectânea de publicações intitulada “Colectânea da Agenda de Transformação” procura partilhar consigo algumas das principais conquistas alcançadas em áreas específicas na implementação da Agenda de Transformação.

A “Colectânea da Agenda de Transformação” compreende as seguintes seis brochuras:

- **A Brochura 1 da Agenda de Transformação:** Melhorar a abordagem focada no país para um maior impacto na saúde;
- **A Brochura 2 da Agenda de Transformação:** Reforçar as parcerias para a Cobertura Universal de Saúde;
- **A Brochura 3 da Agenda de Transformação:** Melhorar a capacidade de combater as epidemias - Lições sobre os Surtos de Febre Amarela, em 2016, na República de Angola e na República Democrática do Congo;

- **A Brochura 4 da Agenda de Transformação:** Progresso contínuo rumo à erradicação da Poliomielite na Região Africana da OMS
- **A Brochura 5 da Agenda de Transformação:** Promover a eficiência, a prestação de contas e o custo-benefício: História dos principais indicadores de desempenho administrativo; e
- **A Brochura 6 da Agenda de Transformação:** Avançar no sentido de um maior foco na qualidade e nos resultados: História dos principais indicadores de desempenho programáticos.

Ao celebrarmos os ganhos obtidos até agora, manifestamos a nossa gratidão a todas as partes interessadas, Estados-Membros, Parceiros de Desenvolvimento, Doadores, Fundações e outros, por participarem neste percurso connosco. Esses ganhos devem ser consolidados, sustentados e, na verdade, aumentados durante os meses restantes de 2019, e certamente para além de 2019.

Recomendo vivamente estas brochuras a todos vós. Podem ser encontradas cópias electrónicas no site do Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde em www.afro.who.int.

Esperamos que as realizações e os sucessos evidenciados na Colectânea da Agenda de Transformação nos estimulem todos a continuar a lutar para garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar de todos os nossos povos, alcançando a cobertura universal de saúde, dando resposta às emergências sanitárias e promovendo populações mais saudáveis.

Dra. Matshidiso Moeti

*Directora Regional para África da OMS
Brazzaville, República do Congo*

Maio de 2019

- 1 OMS Escritório Regional para África (2018). O Trabalho da OMS na Região Africana - Relatório da Directora Regional. 2017-2018, Brazzaville. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273743/AFR-RC68-2-eng.pdf>, acedido aos 25 de Fevereiro de 2019).
- 2 OMS Escritório Regional para África (2016). Mapeamento dos riscos e da distribuição das epidemias na Região Africana da OMS, relatório técnico para o Escritório Regional para África. OMS: Brazzaville. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206560>, acedido aos 20 de Fevereiro de 2019).
- 3 Jones KE, Patel NG, Levy MA et al. (2008) Tendências globais no surgimento de doenças infecciosas. *Nature*, 451: 990–993. doi:10.1038/nature06536.
- 4 Talisuna TO, Yahaya AA, Rajatonirina SC et al. Joint External Evaluation of the International Health Regulations (2005) capacities: Current status and lessons learnt in Africa (accepted for publication in *BMJ*).



1. ANTECEDENTES

Há um aumento do reconhecimento das ameaças que as epidemias provocam para a segurança sanitária mundial e para a sobrevivência das populações, além do seu impacto sobre a saúde humana. Cada um dos 47 países membros da Região Africana da OMS corre o risco de ameaças em matéria de segurança sanitária.¹ O surgimento e o ressurgimento de ameaças com um potencial pandémico continuam a desafiar os frágeis sistemas de saúde do continente, exigindo um elevado preço humano e económico, o que resulta em altas taxas de morbilidade, de mortalidade, de deficiência e de perdas socioeconómicas inaceitáveis.

Em cada ano, a Região regista mais casos de emergências em saúde pública do que os reportados noutras regiões da OMS. Uma recente avaliação das tendências temporais indica que o risco de surgimento de doenças infecciosas aumentou.^{2,3} Efectivamente, um evento grave de saúde pública é registado em cada quatro dias, o que equivale a mais de 150 eventos graves de saúde pública por ano.⁴ Mais do que 80% das situações de emergência em saúde pública constatadas na Região Africana da OMS foram provocadas por doenças infecciosas, das quais 75% têm origem numa interface entre os seres humanos, os animais e o meio ambiente⁵. Isto é largamente atribuído ao crescimento das viagens internacionais e transfronteiriças, ao aumento da densidade populacional e ao crescimento de assentamentos informais (Oppenheim et al., 2019). Os outros factores incluem as alterações climáticas, as mudanças na maneira como os seres humanos e os animais interagem e as mudanças no comércio e na produção animal⁶.

Apesar da disponibilidade e da existência de estruturas e de estratégias, como o Regulamento Sanitário Internacional (IHR, 2005), a Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças na Região Africana da OMS (ISDR) e a Estratégia de Gestão de Riscos de Catástrofes (DRM), o combate aos surtos e a outras situações de emergência sanitária continua ser um enorme desafio. O último deve-se em grande medida à implementação fragmentada das intervenções, à colaboração intersectorial limitada, aos recursos inadequados, aos fracos sistemas de saúde e às capacidades principais inadequadas do Regulamento Sanitário Internacional.

- 5 WHO (2018b). Investing global, investing local: supporting value for money towards the health SDGs. (July 2018). WHO Department of Health Systems Governance and Financing. Geneva. (https://www.who.int/docs/default-source/investment-case/value-for-money.pdf?sfvrsn=16e9889b_8, acessado aos 6 de Março de 2019).
- 6 McMichael AJ (2004). Environmental and social influences on emerging infectious diseases: past, present and future. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359: 1049-1058. DOI 10.1098/rstb.2004.1480.

Para melhor lidar com as prioridades de saúde prevaletentes e definir uma clara orientação e rumo, uma das primeiras medidas que a Directora Regional tomou, nos primeiros 100 dias após assumir as funções, foi a de reestruturar o Escritório Regional, incluindo a criação do Grupo de Segurança Sanitária e Emergência através da fusão dos programas então existentes, como a Resposta aos Surto, o Regulamento Sanitário Internacional e a Resposta às Catástrofes e às Emergências. Em 2015, a Directora Regional iniciou também a *“Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana, 2015–2020”*.

A Agenda de Transformação foi concebida para dar vida ao compromisso da Directora Regional para com as mudanças positivas de transformação do Secretariado e para servir como programa para a aceleração da implementação das reformas da OMS na Região Africana da organização. A OMS tinha começado, desde 2012, com um conjunto de reformas abrangentes com vista ajustar e adaptar os seus procedimentos num contexto de desafios da saúde e do desenvolvimento em constante evolução; de mudanças nas instituições nacionais e de capacidades; de variações na saúde global e no ambiente da cooperação para o desenvolvimento; e de mudanças de expectativas dos Estados-Membros da OMS e de outros parceiros para tornar a organização adequada à sua finalidade e melhor equipada para lidar com os desafios cada vez mais crescentes da saúde no século XXI.

A Agenda de Transformação pretende criar uma organização regional de saúde que seja previdente, pró-activa, reactiva, orientada para os resultados, transparente, responsável, com recursos adequados e equipada para cumprir o seu mandato; uma organização que responda às necessidades e às expectativas das suas partes interessadas. A Agenda de Transformação é uma visão e uma estratégia para a mudança cujo objectivo é o de facilitar o surgimento da *“OMS que os funcionários e as partes interessadas querem”*. O seu objectivo é o de garantir que o Secretariado da OMS para a Região Africana evolua para a posição de principal líder do desenvolvimento da saúde em África e de protector eficiente e fiável dos recursos de saúde em África.

Em 2015, a OMS, tendo tirado lições da epidemia do vírus da Ebola na África Ocidental e de outros grandes casos de emergência sanitária pública, empreendeu importantes reformas para melhor lidar com a segurança sanitária global, ao criar o Programa de Emergências Sanitárias da OMS (WHE). As principais funções do Programa de Emergências Sanitárias da OMS compreendem

o tratamento dos altos riscos de ameaças de patogéneos e a criação de redes de especialistas; a monitorização e a avaliação das capacidades nacionais de prevenção, de planificação e de construção de capacidades fundamentais, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional; a detenção e a verificação de eventos; a monitorização de operações de emergência sanitária e a gestão de dados; as funções de gestão de incidentes, as parecerias operacionais e a prontidão, as operações de apoio e logística, a gestão de operações de emergência e administração, as relações externas e a gestão transversal de recursos humanos, assim como o apoio administrativo e logístico para áreas de programas técnicos.

Com a criação de uma plataforma única nos três níveis da Organização (Sede, Escritórios Regionais, Escritórios Nacionais), o Programa de Emergências Sanitárias da OMS foi concebido para dar maior velocidade e previsibilidade ao trabalho de emergências da OMS, utilizando uma abordagem integrada, promovendo acções colectivas, englobando a preparação, a prontidão e a resposta e as actividades de recuperação prévias. O Programa tem uma cadeia hierárquica clara, uma força de trabalho, um orçamento, um conjunto de normas e de procedimentos e um conjunto de indicadores padronizados de medição de desempenho. Não só completa o papel técnico e normativo da OMS, mas também tem novas capacidades operacionais para o seu trabalho em casos de surtos e de emergências humanitárias.

Era esperado que os desenvolvimentos acima descritos resultassem numa OMS que está adequada à sua finalidade ao lidar com as ameaças globais à saúde e ao providenciar mais apoio efectivo para os surtos nos países e para as respostas às situações de emergência, com uma melhor coordenação e um rápido desdobramento de especialistas para apoiar os surtos e as emergências. Isto foi colocado à prova durante o primeiro trimestre de 2016, quando a República de Angola e a República Democrática do Congo conheceram um surto de febre amarela.



2. SURTO DE FEBRE AMARELA EM ANGOLA E NA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

Informações gerais sobre a Febre Amarela

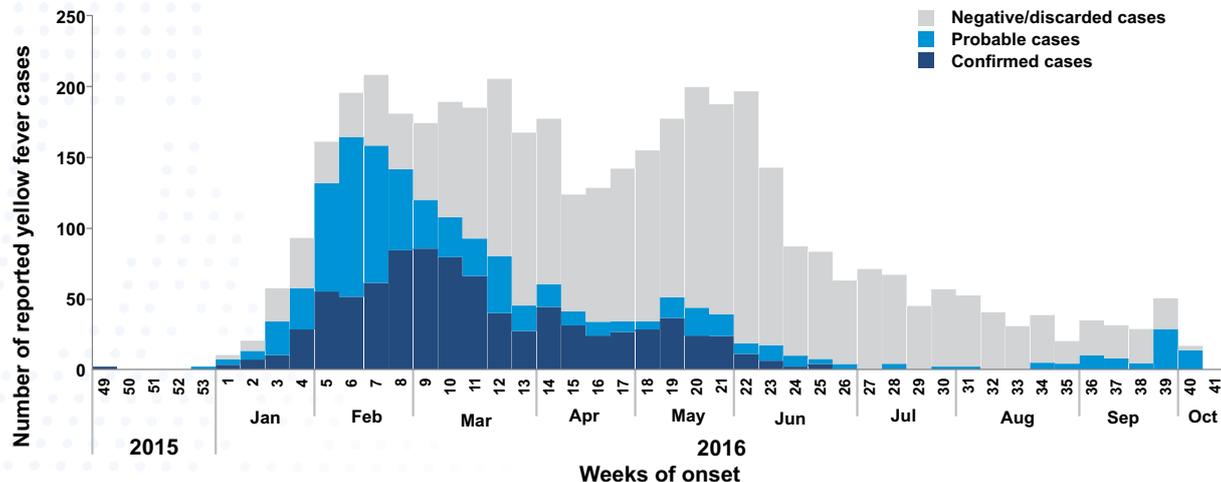
A Febre Amarela é causada por um vírus (*Flavivirus*) que é transmitido para os seres humanos através de picadas de mosquitos infectados das espécies *aedes* e *haemogogus*. Os mosquitos reproduzem-se quer em torno das casas (domésticos), quer na floresta ou na selva (selvagens) ou em ambos habitats (semi-domésticos). Na última metade do século XX, o modo mais frequente de transmissão da Febre Amarela era ou a via selvática, onde o reservatório animal (primatas não humanos vivendo na floresta ou na selva) infecta mosquitos das árvores, como os *Haemogogus* (nas Américas) e os *Aedes* spp. (em África), que por sua vez picam os seres humanos que entram na floresta para caçar ou para trabalhar, ou a via intermédia, onde várias espécies do mosquito *Aedes* que se movem entre a floresta e os assentamentos humanos estão em contacto com seres humanos que servem de hospedeiros no ciclo de transmissão. Este ciclo pode ocorrer em aldeias rurais e em pequenas cidades, naquilo que se chama de “zona de formação” em África, mas vários surtos surgiram quando pessoas infectadas provenientes desses assentamentos rurais viajaram para centros urbanos. Existe também a transmissão urbana provocada pelo mosquito *Aedes aegypti*, envolvendo transmissão entre seres humanos sem a necessidade de retorno ao reservatório animal ou de vida selvagem. Os surtos urbanos de Febre Amarela são particularmente mortíferos e prejudiciais e são mais propensos ou susceptíveis de provocar uma disseminação em escala internacional.

O mundo esqueceu-se largamente das ameaças provocadas pela Febre Amarela, mas há um pouco mais de um século era uma fonte de terror dizimando populações inteiras nas cidades, destruindo a economia e definindo escolhas políticas. Apesar da disponibilidade de uma vacina que confere uma imunidade para toda a vida, a maior parte dos países da Região Africana da OMS corre o risco de sofrer um surto de Febre Amarela. Isto porque a cobertura nacional de imunização contra a Febre Amarela ainda não está otimizada. Para dar resposta aos frequentes surtos de Febre Amarela na África Ocidental, a Iniciativa da Febre Amarela apoiou, desde 2005, os vários esforços para reduzir o fardo desta doença. Embora a vigilância e a capacidade de resposta tenham sido progressivamente melhoradas, mais de 440 milhões de pessoas continuam em risco de contrair a Febre Amarela na Região Africana. Enquanto a Febre Amarela não é ainda erradicada, as epidemias podem ser eliminadas, se os níveis de imunidade das populações estiverem altos através de campanhas de vacinação em massa, acompanhadas por uma rotina de imunização das crianças. Em 2016, o surto de Febre Amarela em Angola e na República Democrática do Congo mostrou claramente que esta doença continua a ser um sério risco de saúde no seio e fora da Região Africana.

Evolução do Surto de Febre Amarela de 2016

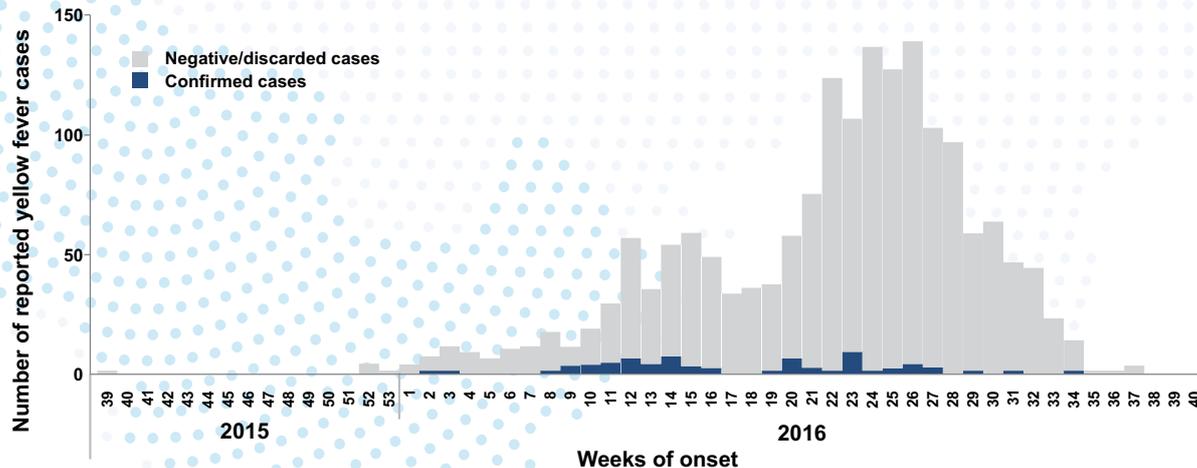
Angola: Em Janeiro de 2016, foram registados casos de Febre Amarela, em Angola, primeiro no seio da comunidade eritreia e, depois, na população local. Do foco inicial (no Município da Viana), o surto espalhou-se para o resto do país e para os países vizinhos, incluindo a República Democrática do Congo, onde a transmissão local foi detectada em Março de 2016. A doença começou a 5 de Dezembro de 2015, no Município da Viana. De 5 de Dezembro de 2015 a 13 de Outubro de 2016, um total de 4306 casos suspeitos, com 376 mortes, foram reportados, com uma taxa de mortalidade de 8,8% (Figura 1). Estes números incluem 884 casos de laboratório confirmados com 121 mortes (taxa de mortalidade 13,7%). Na altura em que o surto foi declarado como extinto, foram reportados casos suspeitos em todas as 18 províncias, enquanto os casos confirmados foram registados em 80 distritos de 16 províncias e as transmissões autóctones foram reportadas em 45 distritos de 12 províncias. Em finais de Junho de 2016, o número de casos reportados decresceu consideravelmente.

Fig 1: Dados semanais nacionais de casos confirmados, de casos negativos e de prováveis casos de Febre Amarela, em Angola, de 5 de Dezembro de 2015 a 13 de Outubro de 2016.



República Democrática do Congo: Na República Democrática do Congo, a transmissão local de Febre Amarela foi documentada em Março de 2016, no Congo Central e em Kinshasa. Esta transmissão local foi estabelecida após uma disseminação transfronteiriça do surto a partir de Angola. De 1 de Janeiro a 26 de Outubro de 2016, um total de 2987 casos suspeitos foram reportados em todas as 26 províncias do país. Destes, 78 casos foram confirmados em laboratório pelo laboratório nacional de referência, o INRB. 16 mortes foram reportadas entre os casos confirmados, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 21%. Dos 78 casos confirmados e reportados em 8 províncias, 57 casos foram de infecções adquiridas em Angola, 13 de infecções autóctones e 8 de transmissão selvática (não relacionada com o surto). Em finais de 2016, o número de casos reportados decresceu consideravelmente (Figura 2).

Fig 2: Dados semanais nacionais de casos confirmados e de casos negativos de Febre Amarela, na República Democrática do Congo, de 21 de Setembro de 2015 a 26 de Outubro de 2016*.



A Resposta aos Surtos de Febre Amarela de 2016 e as Conclusões

Para apoiar o rápido controlo deste surto, a OMS e seus parceiros providenciaram rapidamente apoio técnico, logístico, financeiro e de gestão para os dois países. Em conformidade com os requisitos do Quadro de Acções de Emergência (ERF), os dois eventos foram classificados de nível 2 e um Sistema de Gestão de Incidentes (IMS) foi criado num prazo de 48 horas após o apelo para a classificação do surto. Estas equipas do Sistema de Gestão de Incidentes coordenaram a totalidade das acções de resposta ao surto nos dois países, o que conduziu a uma diminuição acentuada do número de casos confirmados até Julho de 2016.

A principal estratégia de controlo adoptada foi a melhoria da coordenação; a vigilância epidemiológica; a confirmação laboratorial; as intervenções de controlo do vector; a comunicação dos riscos, a mobilização social e o envolvimento da comunidade; a gestão dos casos e as campanhas de vacinação preventivas/reactivas. Estas estratégias foram facilitadas através da constituição de fortes parcerias e de uma mobilização eficiente de recursos.

Apropriação e Liderança do Governo: Ambos Governos, o de Angola e o da República Democrática do Congo, foram elogiados por terem rapidamente declarado os surtos, em conformidade com as disposições do Regulamento Sanitário Internacional. Os esforços de resposta liderada pelos Governos foram apoiados pela OMS e pelos parceiros.

Coordenação: As equipas de gestão de incidentes foram colocadas no local para coordenar o apoio à resposta liderada pelos Governos. Esta coordenação incluiu laços funcionais com os mecanismos, liderados pelos Governos, de coordenação dos Ministérios da Saúde. Foram criados centros operacionais sanitários estratégicos, também chamados por centros operacionais de emergência, em cada um dos países, para coordenar os esforços da resposta. Tiveram lugar reuniões regulares de coordenação, assim como teleconferências com responsáveis aos níveis regional e global.

Vigilância: As directrizes de definição e de vigilância de casos de Febre Amarela foram revistas nos países afectados e foram implementados mecanismos diários de notificação. A capacidade dos funcionários de saúde e dos voluntários comunitários foi reforçada para detecção de casos e a sua notificação, bem como para a colecta de amostras e o transporte para os laboratórios de referência. As comissões de classificação dos casos foram criadas para estabelecerem a classificação final dos casos. Foi providenciado um apoio técnico através do destacamento de competentes epidemiologistas nacionais e internacionais nos distritos sanitários afectados. Relatórios de casos, relatórios de investigação, boletins e outros documentos informativos foram regularmente produzidos e disseminados.

Confirmação Laboratorial: A confirmação laboratorial desempenha um papel muito importante na gestão dos surtos. A capacidade dos laboratórios nacionais de referência nos dois países foi reforçada através do destacamento de laboratórios móveis. Além disso, especialistas de laboratório

foram enviados para dar apoio aos laboratórios nacionais de referência. O stock de reagentes foi regularmente aprovisionado para evitar rupturas de stock e os resultados dos laboratórios eram divulgados diariamente para um rápido processo de tomada de decisão.

Intervenções de Controlo do Vector: Baseado em indícios entomológicos nos dois países, a estratégia de controlo do vector e os planos de acção foram desenvolvidos e implementados. As principais acções incluíram a fumigação com insecticidas, a destruição das zonas de reprodução dos mosquitos e a gestão do saneamento do meio.

Comunicação dos Riscos, Mobilização Social e Envolvimento Comunitário: Foram desenvolvidos e implementados planos de acção de comunicação nos dois países. Especialistas em comunicação de riscos foram enviados para os países afectados para gerir a informação para os meios de comunicação social e para implementar abordagens interpessoais.

Gestão de Casos: As directrizes para a gestão de casos foram actualizadas e divulgadas. Hospitais seleccionados foram identificados e indicados para realizarem a gestão de casos. Mecanismos para o transporte de pacientes para hospitais indicados foram criados. Foram disponibilizados medicamentos e outros instrumentos logísticos para a gestão de casos.

Campanhas de Imunização Preventivas/Reactivas: Campanhas de vacinação e de imunização reactivas foram levadas a cabo, quando foi declarado um surto numa determinada área, e actividades preventivas e de imunização de massas (em zonas sem surtos declarados) constituíram a componente principal dos esforços de controlo do surto de Febre Amarela. Mais de 20 milhões de doses de vacinas foram enviadas para Angola e mais de 9.4 milhões para a República Democrática do Congo. Em Angola, as campanhas de vacinação reactivas/preventivas com doses completas foram realizadas em 73 distritos, com um número cumulativo de 16.002.820 pessoas vacinadas, representando 95% da população alvo. Na República Democrática do Congo, campanhas reactivas com a dose completa foram realizadas em 31 zonas sanitárias, enquanto as campanhas preventivas com doses fraccionadas (o quinto da dose habitual) foram levadas a cabo em 32 zonas de Kinshasa.

Os principais resultados das medidas acima indicadas foram a diminuição acentuada das tendências de surtos, com a declaração ulterior de surto controlado.

Lições Aprendidas

Os surtos de Febre Amarela, em Angola e na República Democrática do Congo, em 2016, foram os maiores da história recente. O surto foi prolongado, com uma larga disseminação geográfica do epicentro inicial em Luanda. O surto espalhou-se por 123 distritos em 18 províncias, com 884 casos confirmados em laboratório, incluindo 121 mortes (taxa de mortalidade de 13.7%).⁷ O surto de Angola depois propagou-se pela República Democrática do Congo, pelo Quênia e pela China, demonstrando que a Febre Amarela é um problema com sérios riscos de segurança sanitária que requer novas acções estratégicas.

O surto de febre amarela em Angola e na República Democrática do Congo levantou a necessidade urgente de se ter sistemas de vigilância reforçados com uma forte componente de monitorização dos rumores, de vigilância centrada em eventos, de vigilância baseada na comunidade e de mecanismos de alerta rápido. Os surtos também destacaram a necessidade de reforçar o Regulamento Sanitário Internacional na Região Africana da OMS, assim como a necessidade de se ter uma estratégia para se eliminar as epidemias de febre amarela. Os principais ensinamentos colhidos são os seguintes:

A fraca cobertura de vacinação tem que ser resolvida para melhorar imunidade da população: A limitação da rotina de vacinação para crianças até 11 meses de idade e a relutância dos provedores de serviços de saúde em abrir para 10 ou 20 o frasco para injectáveis unidose continua a ser um dos principais desafios. Além disso, a prioridade para o fornecimento ou o aprovisionamento de vacinas é sempre dada para a resposta aos surtos em vez de ser dada para a prevenção dos surtos. Por conseguinte, a cobertura de imunização de crianças é muito baixa para manter um grupo suficientemente imunizado. Por causa de concorrência no processo de introdução de vacinas prioritárias e de uma fraca vontade política, nenhum novo país introduziu a vacina da Febre Amarela nas rotinas dos programas nacionais de imunização desde 2008. Todos os esforços devem ser feitos para aumentar a cobertura de imunização das crianças contra a Febre Amarela com vista a manter uma imunidade suficiente.

7 OMS, Relatório sobre a Situação do Surto de Febre Amarela, em Angola, Organização Mundial da Saúde, Dezembro de 2016.

O aprovisionamento limitado de vacinas e o stock global para situações de emergência devem ser resolvidos: Entre 2013 e 2015, 15 países entre os 23 que introduziram a vacina contra a Febre Amarela nas rotinas dos seus programas de imunização reportaram que tiveram falta de stock da vacina contra a Febre Amarela ao nível nacional. Por conseguinte, a cobertura da vacina estagnou. Antes da epidemia em Angola e na República Democrática do Congo, somente 6 milhões de doses eram reservadas anualmente, como stock de emergência para responder a qualquer surto de Febre Amarela. Em 2016, o stock de emergência da vacina contra a Febre Amarela foi reconstituído duas vezes e excedeu as 18 milhões de doses para permitir o controlo do surto de Febre Amarela em Angola, na República Democrática do Congo e no Uganda. Para se alcançar um controlo efectivo dos surtos de Febre Amarela, a cadeia de oferta e demanda deve estar equilibrada para permitir uma estratégia atempada e eficiente de redução de riscos. Isto exigirá um compromisso contínuo de várias partes interessadas, assim como mecanismos robustos para prever as necessidades e moldar o mercado.

Uma gestão e coordenação global forte através de uma implementação mais eficaz do Regulamento Sanitário Internacional é necessária: Os requisitos para a vacinação contra a Febre Amarela estão claramente estipulados no Regulamento Sanitário Internacional (2005), mas não estão a ser implementados na totalidade.⁸ Os esforços do passado para controlar os surtos de Febre Amarela não foram suficientemente harmonizados e não se conseguiu juntar os parceiros em torno de uma visão comum e de um único mecanismo coordenado e eficiente. As funções cruciais, como a vigilância, a capacidade dos laboratórios e a gestão de casos, careceram de uma abordagem integrada. Apesar da existência de redes nacionais de laboratórios que usam métodos padronizados e instrumentos para uma detecção e confirmação precoce de casos de Febre Amarela, a inadequada capacidade dos laboratórios continua a ser um grande desafio. Uma forte participação governativa será a chave de sucesso da estratégia para a eliminação das epidemias de Febre Amarela, bem como recursos humanos adequados e um compromisso financeiro contínuo em todos os níveis.

Há que prestar uma atenção especial à gestão dos surtos de Febre Amarela nas zonas urbanas: Uma urbanização rápida e não planificada, um elevado crescimento populacional, um baixo número de população imunizada, associado a movimentos de população frequentes de e para as zonas afectadas, criam condições para aumentar a transmissibilidade da Febre Amarela.

8 OMS, Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) na Região Africana da OMS, Luanda, Organização Mundial da Saúde, 2012 (AFR/RC62/12)

Dar resposta aos surtos de Febre Amarela nas zonas urbanas é desafiante e oneroso por causa da sua rápida disseminação e dos riscos de uma propagação internacional que provocam um impacto negativo muito alto na saúde pública, na política, na economia e na sociedade.

Um forte compromisso político ao nível nacional, regional e internacional é necessário: Nos países com um risco elevado de epidemia de Febre Amarela, é fundamental que as lideranças estejam comprometidas com a prevenção e com a resposta que deve ser dada aos surtos. As campanhas e as estratégias só podem funcionar, se a apropriação por parte dos países for genuína. Onde as estratégias em saúde pública, incluindo a vacinação, são um sucesso, é essencialmente porque a população local fez um trabalho árduo para melhorar a saúde das suas comunidades e está comprometida com a melhoria da saúde no país.



3. PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Em 2016, Angola foi afectada por um surto urbano de Febre Amarela, sem precedentes, que se propagou para os países vizinhos e provocou uma transmissão local, incluindo em Kinshasa, a capital da República Democrática do Congo. A epidemia criou uma urgente necessidade para mais de 28 milhões de doses da vacina contra a Febre Amarela, no total, o que esgotou a cadeia existente de aprovisionamento da vacina ao nível global. Também desviou a atenção das autoridades em saúde pública de combaterem outras ameaças à saúde pública, com um impacto nos sistemas de saúde. Os dois surtos relacionados de Febre Amarela urbana – em Luanda (Angola) e em Kinshasa (República Democrática do Congo), com uma larga propagação internacional de Angola para outros países, incluindo a China – mostraram que a Febre Amarela constitui uma séria ameaça global que exige um novo pensamento estratégico.

Em resposta a estes surtos, uma estratégia global e completa para Eliminar a Epidemia de Febre Amarela (EYE) foi desenvolvida pela OMS e uma coligação de parceiros, incluindo a UNICEF e a Gavi, em 2016. Esta estratégia actualizada toma em consideração a epidemiologia variável da febre amarela, o ressurgimento de mosquitos e o risco aumentado de surtos urbanos e de propagação internacional. Esta estratégia global, completa e de longo prazo (2017–2026) tem como alvo os países mais vulneráveis, enquanto resolve o risco global, ao construir a resiliência nos centros urbanos e a prevenção nas áreas com potencial para surtos e garantir um aprovisionamento de vacinas fiável. Os seus objectivos estratégicos são: proteger as populações em risco; prevenir uma propagação internacional; e conter os surtos rapidamente.

A chave para alcançar as metas da Eliminação da Epidemia de Febre Amarela (EYE) é a forte capacidade de diagnóstico centrada no país para rapidamente detectar todos os casos de Febre Amarela. África é a prioridade para a estratégia da Eliminação da Epidemia de Febre Amarela, com 27 países com alto risco de desenvolverem surtos de Febre Amarela. Os diagnósticos da Febre Amarela são complexos e exigem pessoal altamente especializado e protocolos. A doença pode ser diagnosticada usando métodos serológicos e moleculares, mas cada método tem diferentes forças e fraquezas. A reactividade cruzada entre a Febre Amarela e outros vírus relacionados

complica os testes serológicos, considerando que para os testes moleculares os resultados só são fiáveis nos primeiros 10 dias da doença e que, portanto, não substituem os métodos serológicos.

Actualmente, há um número limitado de laboratórios em África que são capazes de diagnosticar de maneira conclusiva a Febre Amarela. Contudo, múltiplos desenvolvimentos positivos ocorreram nos anos recentes: o número de países com laboratórios nacionais para completar os testes serológicos iniciais para a Febre Amarela tem estado a aumentar e estão em curso esforços para melhorar a disponibilidade de reagentes e o transporte de amostras; expandiu uma rede regional de laboratórios de referência e o transporte internacional de amostras aumentou e existe um trabalho extensivo que está a decorrer para melhorar a disponibilidade de testes de diagnóstico da Febre Amarela, tanto serológicos, como moleculares.

AOMS reitera o seu compromisso de reforçar as parcerias para construir nos países uma capacidade para diagnosticar a Febre Amarela em tempo oportuno com vista a permitir uma caracterização de risco rápida e completa e dar uma resposta ao surto onde for necessário. Há necessidade de ter um forte sistema de informação, um transporte eficiente de amostras e uma rede coordenada de laboratórios para garantir que os sinais do surto sejam rapidamente avaliados, como a principal função de apoio com benefícios transversais para outras propensas doenças infecciosas. Todas as partes interessadas devem juntar-se e intensificar as acções para assegurar que cada Estado-Membro construa uma capacidade de diagnóstico – para a Febre Amarela e para eliminar outras doenças – com vista a garantir que a Febre Amarela possa ser detectada rapidamente e que os surtos possam ser eliminados.

O Comité Regional para África da OMS adoptou um Quadro Regional para apoiar a implementação das estratégias globais para Eliminar a Epidemia de Febre Amarela (EYE). Com a visão de “Uma Região Livre da Epidemia de Febre Amarela”, a meta é “Eliminar a Febre Amarela na Região Africana até 2026”. Os seus objectivos são os de proteger as populações em todos os 35 países de risco através de programas de vacinações preventivas e de rotina; impedir a propagação internacional da Febre Amarela através da vacinação dos viajantes e de um robusto sistema de rastreamento e de vacinação no local para pessoas não vacinadas nos principais pontos de entrada; e rapidamente detectar, confirmar e conter os surtos.

Orientado pelo Quadro, o Secretariado da OMS na Região Africana está a apoiar os Estados-Membros para realizarem avaliações de risco e campanhas de actualização; aplicarem o Regulamento Sanitário Internacional (2005); vacinarem toda gente nas áreas ou nos países de alto risco de Febre Amarela; melhorarem a imunização de rotina e vacinarem todas as crianças; protegerem os trabalhadores de alto risco; construir centros urbanos resilientes e criarem planos de prontidão; apoiarem a vigilância do vector e os programas de controlo nas cidades; reforçarem a vigilância e o diagnóstico para uma detecção precoce; criarem redes regionais e sub-regionais; e promoverem uma resposta rápida contra os surtos.

O Secretariado intensificará o seu trabalho com todos os países de risco para garantir que as intervenções acima descritas sejam implementadas. É a única maneira de tornar a Região Africana da OMS livre de futuras epidemias de Febre Amarela.







Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL **África**

P. O. Box 06, Djoue | Brazzaville | Congo
Tel | 00 47 241 39437
Website | www.afro.who.int