

COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima nona sessão
Brazzaville, República do Congo, 19 a 23 de Agosto de 2019

Ponto 10 da ordem do dia provisória

**ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADA ÀS
DOENÇAS: 2020-2030**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. Em 1998, os Estados-Membros adoptaram a “**Vigilância Integrada às Doenças em África: Uma Estratégia Regional (1999-2003)**”. A estratégia foi mais tarde renomeada de Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID). A estratégia de VRID é uma abordagem abrangente baseada em evidências para reforçar os sistemas nacionais de vigilância e resposta da saúde pública a todos os níveis.
2. Em 2016, os Estados-Membros aprovaram a Estratégia Regional para a Segurança e as Emergências Sanitárias 2016-2020. Com base na Estratégia Regional para a Segurança e as Emergências Sanitárias, espera-se que todos os Estados-Membros implementem a VRID com mais de 90% de cobertura nacional até 2020. Por forma a dar continuidade a estes desenvolvimentos e a levar em consideração evidências actuais, assim como inovações na tecnologia, é necessária uma nova estratégia regional de VRID para 2020-2030. A nova estratégia dá relevância à interligação entre a VRID enquanto parte integrante do reforço dos sistemas de saúde para alcançar a cobertura universal de saúde (CUS).
3. O primeiro objectivo da nova estratégia de VRID é reforçar a capacidade nacional em termos de detecção precoce, registo completo, notificação atempada, análise regular e *feedback* imediato das doenças, afecções e ocorrências prioritárias da VRID a todos os níveis. O segundo objectivo é reforçar a capacidade dos laboratórios nacionais e supranacionais de confirmarem as doenças, afecções e ocorrências prioritárias da VRID. O terceiro objectivo é o reforço da capacidade de preparação e resposta às emergências sanitárias a todos os níveis.
4. A nova estratégia também dá orientações aos Estados-Membros sobre o reforço da VRID em sintonia com as políticas e os planos nacionais mais amplos e com um sistema integrado de supervisão, monitorização e avaliação. Por último, estipula marcos, metas e intervenções prioritárias para nortear os Estados-Membros.
5. Convida-se o Comité Regional a analisar e adoptar esta estratégia.

ÍNDICE

	Parágrafos
INTRODUÇÃO	1–5
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO	6–14
A ESTRATÉGIA REGIONAL.....	15–39
IMPLICAÇÕES EM MATÉRIA DE RECURSOS.....	40–41
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	42
CONCLUSÃO	43–46

ANEXOS

	Página
Anexo 1: Estado da implementação da VRID nos Estados-Membros, 2018.....	11
Anexo 2: Estado da implementação da VRID ao nível regional, 2018.....	12
Anexo 3: Percentagem de Estados-Membros africanos em cada nível de capacidade do RSI para cada uma das 19 áreas técnicas da AEC (N=43).....	13
Anexo 4: Indicadores para monitorizar o desempenho da VRID ao nível dos Estados-Membros	14

INTRODUÇÃO

1. Há um reconhecimento crescente das ameaças que as epidemias representam para a segurança sanitária mundial e a subsistência dos povos, para além do seu impacto na saúde humana. Cada um dos 47 Estados-Membros da Região Africana da Organização Mundial da Saúde (OMS) está em risco de ameaças à segurança sanitária.¹ Ameaças emergentes e recrudescentes com potencial pandémico continuam a pôr à prova os frágeis sistemas de saúde no continente, causando enormes prejuízos humanos e económicos.
2. Uma avaliação da OMS de 2019 sobre as tendências das doenças indica que o risco das doenças infecciosas emergentes aumentou.² Isto atribui-se, em grande parte, ao crescimento das viagens transfronteiriças e internacionais, ao aumento da densidade populacional humana e ao crescimento de assentamentos informais. Outros factores incluem as alterações climáticas, as mudanças na forma como as pessoas e os animais interagem e as mudanças no comércio e na pecuária.
3. A frequência e magnitude cada vez mais elevadas de surtos na Região são fortes alertas para a necessidade de sistemas sólidos de vigilância e resposta da saúde pública.³ Para além disso, os sistemas de saúde inadequados são frequentemente sobrecarregados por eventos alheios ao sector da saúde, tais como: conflitos civis, populações deslocadas internamente e alterações ambientais e climáticas.
4. Em 1998, no seguimento de respostas tardias a graves surtos de doenças, os Estados-Membros adoptaram a Estratégia Regional para a Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID)⁴ para o período 1999-2003. A VRID é uma estratégia abrangente baseada em evidências para reforçar os sistemas de vigilância e resposta da saúde pública nacional a todos os níveis.
5. Em 2016, os Estados-Membros adoptaram a Estratégia Regional para a Segurança e as Emergências Sanitárias 2016-2020.⁵ Esta estratégia estipula uma meta bastante ambiciosa para a VRID: até 2020, todos os Estados-Membros deverão estar a implementar a VRID com uma cobertura nacional superior a 90%.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO

Análise da situação

6. Uma avaliação da OMS realizada em 2017 demonstrou que o entusiasmo inicial na implementação da VRID entre 2000 e 2010 não foi sustentado.⁶ Isto esteve relacionado com a falta de financiamento doméstico sustentável devido a uma fraca adesão pelos governos. Além disso, a

¹ Organização Mundial da Saúde, Programa para as Emergências Sanitárias na Região Africana: Relatório Anual de 2016. Escritório Regional para a África. <http://www.afro.who.int/fr/node/8317> (consultado em 28 de Outubro de 2018).

² Escritório Regional da OMS para a África (2018). Actividades 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>, consultado em 25 de Fevereiro de 2019).

³ Heymann DL, Chen L, Takemi K, Fidler DP, Tappero JW, Thomas MJ, et al. Global health security: the wider lessons from the West African Ebola virus disease epidemic. *Lancet*, 2015; 385:1884-901.

⁴ Organização Mundial da Saúde. Vigilância epidemiológica integrada das doenças: estratégia regional para as doenças transmissíveis (Resolução AFR/RC48/R2) Harare, Zimbabué: OMS; Quadragésima oitava sessão do Comité Regional da OMS para a África. 1998.

⁵ Organização Mundial da Saúde. Resolução: Estratégia regional para a segurança e as emergências sanitárias 2016-2020, Documento AF. 2016. <http://www.who.int/iris/handle/10665/252834> (consultado em 18 de Janeiro de 2019).

⁶ Fall IS, Rajatonirina S, Yahaya AA, Yoti Z, Nsubuga P, et al., The Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy in Africa: Current regional status of implementation, lessons learnt and perspectives for the future, *BMJ Global Health* (no prelo).

inadequação e a elevada rotatividade do pessoal periférico afectaram a implementação da VRID. Também se observou uma partilha limitada de dados e informação de vigilância. Em alguns Estados-Membros, a supervisão e a mentoria inadequadas, a capacidade inadequada dos laboratórios e a disponibilidade limitada dos sistemas de comunicação e transporte prejudicou a intensificação da VRID.

7. Até 2018, apenas 12 Estados-Membros tinham realizado formação em VRID com cobertura nacional de 90% dos profissionais de saúde e 22 Estados-Membros tinham realizado formação com cobertura entre 50% e 89%. Dez Estados-Membros tinham realizado formação VRID com cobertura inferior a 50% dos profissionais de saúde.

8. A estratégia VRID incorpora os sistemas tanto de vigilância baseada em indicadores (VBI) como de vigilância baseada em ocorrências (VBO). Além disso, a VRID pode ser implementada ao nível da comunidade através da vigilância comunitária (VC) ou a nível da unidade com o uso da vigilância baseada nas unidades. Por último, a VRID pode ser em papel ou electrónica (VRID electrónica).

9. Até 2018, a percentagem de Estados-Membros a implementarem actualmente a VBO é de 74%, ao passo que a percentagem de Estados-Membros que começaram a implementação da VC é de 68%. No que se refere à VRID electrónica, 70% dos Estados-Membros indicam dispor de sistemas de VRID electrónica. No entanto, 42% dos mesmos não possuem dados sobre a cobertura da implementação de VBO, VC ou VRID electrónica. Dez Estados-Membros se encontram actualmente a implementar a VBO com 100% de cobertura nacional e apenas sete (15%) estão a implementar a VC com 100% de cobertura nacional. Quatro Estados-Membros têm ambas a VBO e a VC com 100% de cobertura nacional (Anexo 2).

10. Em Dezembro de 2017, 32 Estados-Membros tinham um mecanismo de *feedback* através de boletins semanais ou mensais e 34 Estados-Membros deram informação sobre a oportunidade e a integralidade das notificações da VRID, com 23 dos mesmos a alcançarem o patamar de oportunidade e integralidade de mais de 80%. Entre os 23 Estados-Membros com bom desempenho na oportunidade da notificação de dados, 18 tinham um sistema de VRID electrónica.

11. Embora continue a ser um desafio fazer face às emergências sanitárias, os Estados-Membros realizaram progressos consideráveis na avaliação da disponibilidade das suas capacidades de aplicação do RSI graças às avaliações externas conjuntas (AEC) do Relatório Anual dos Estados-Partes desde 2016. Estas avaliações revelaram enormes lacunas nas capacidades de aplicação do RSI. Nenhum dos países da Região Africana da OMS tinha as capacidades necessárias de aplicação do RSI.⁷ Foram observadas áreas que precisam de melhoramentos nas seguintes capacidades de aplicação do RSI: resistência antimicrobiana, biossegurança e bioprotecção, preparação, operações de resposta às emergências, medidas preventivas médicas e mobilização de pessoal, pontos de entrada, incidentes químicos e emergências radiológicas (Anexo 3). As lacunas acima mencionadas devem-se principalmente a recursos insuficientes (financeiros, humanos e logísticos) e a serviços fragmentados. Além disso, o envolvimento comunitário limitado, sistemas de saúde fracos, colaborações interpaíses inadequadas e parcerias limitadas permanecem um desafio.

12. Existem oportunidades de melhoria, tais como a revisão em curso das orientações técnicas da VRID (Terceira Edição). Para além disso, todos os Estados-Membros, exceptuando quatro,⁸ realizaram uma avaliação externa conjunta (AEC) e estão a elaborar ou a rever os seus planos nacionais de acção para a segurança sanitária (PNASS). Além disso, todos os 47 Estados-Membros

⁷ Talisuna AO, Yahaya AA, Rajatonirina SC, Stephen M, Oke A et al., Joint External Evaluation of the International Health Regulations (2005) capacities: Current status and lessons learnt in Africa, BMJ Global Health (no prelo).

⁸ Argélia, Angola, Cabo Verde e Guiné Equatorial.

apresentaram os seus relatórios anuais sobre o estado de implementação do RSI para os dois últimos anos (2017 e 2018).

Justificação

13. Após duas décadas de implementação da estratégia VRID, é necessária uma nova estratégia que aplique as lições aprendidas. A nova estratégia de VRID (2020-2030) proporciona aos Estados-Membros as orientações técnicas mais recentes e as intervenções prioritárias para contribuir para o Décimo Terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS, 2019-2023 (PGT 13) e o objectivo dos três mil milhões de “mais mil milhões de pessoas a beneficiarem da cobertura universal de saúde, mais mil milhões de pessoas protegidas das emergências sanitárias e mais mil milhões de pessoas a gozarem de uma melhor saúde e bem-estar⁹. A estratégia é também norteadada pela Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana, 2015-2020.¹⁰

14. A nova estratégia de VRID leva em conta as evidências e as inovações actuais, o contexto prevalecente e está alinhada com estratégias para alcançar a cobertura universal de saúde e o objectivo do desenvolvimento sustentável n.º 3 (ODS-3). Por último, está em sinergia com as estratégias para abordar a temática da segurança sanitária mundial, estando alicerçada na abordagem “Uma Só Saúde”.

A ESTRATÉGIA REGIONAL

Finalidade, Objectivos e Metas

Finalidade

15. Reduzir a morbilidade, a mortalidade, a deficiência e as perdas socioeconómicas devido às epidemias e a outras emergências de saúde pública na Região Africana.

16. Objectivos

- a) Reforçar a capacidade nacional de detecção precoce, registo completo, notificação oportuna, análise regular e *feedback* imediato das doenças, afecções e ocorrências prioritárias de VRID a todos os níveis.
- b) Reforçar a capacidade dos laboratórios nacionais e supranacionais de confirmação das doenças, afecções e ocorrências prioritárias de VRID.
- c) Reforçar a capacidade de preparação e resposta às emergências de saúde pública a todos os níveis.
- d) Reforçar o sistema de supervisão, monitorização e avaliação para a VRID.

⁹ Organização Mundial da Saúde. Décimo terceiro Programa Geral de Trabalho 2019–2023 (consultado em 23 de Janeiro de 2019 em: <https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/> <https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/>).

¹⁰ Organização Mundial da Saúde. A Agenda de Transformação do Secretariado da Organização Mundial da Saúde na Região Africana 2010-2020, consultado em 18 de Janeiro de 2019 em: <https://www.afro.who.int/regional-director/transformation-agenda>.

17. Marcos e Metas

Os marcos para 2024 e as metas para 2030 são definidos de acordo com os objectivos da Estratégia. ***Reforçar a capacidade nacional de detecção precoce, registo completo, notificação oportuna, análise regular e feedback imediato das doenças, afecções e ocorrências prioritárias de VRID a todos os níveis.***

Até 2024

- a) Todos os Estados-Membros mobilizaram mais de 80% dos recursos financeiros necessários para a VRID.
- b) Todos os Estados-Membros estão a implementar a VRID (indicadores e sistemas comunitários e baseados em ocorrências) com mais de 90% de cobertura nacional.
- c) Mais de 80% das ocorrências graves de saúde pública detectadas são notificadas à OMS no prazo de 48 horas após a sua detecção.
- d) Todos os Estados-Membros publicam regularmente um boletim semanal (ou mensal) de VRID.
- e) Todos os Estados-Membros têm a capacidade de analisar e relacionar dados de e entre sistemas de vigilância aos níveis nacional e intermédio.
- f) Trinta por cento dos Estados-Membros têm pessoal de saúde adequado, qualificado e competente para a implementação da VRID a todos os níveis.

Até 2030

- a) Todos os Estados-Membros têm pessoal de saúde adequado, qualificado e competente para a implementação da VRID a todos os níveis.
- b) Todos os Estados-Membros têm uma VRID electrónica funcional com mais de 90% de cobertura nacional.

Reforçar a capacidade dos laboratórios nacionais e supranacionais de confirmarem as doenças, afecções e ocorrências prioritárias de VRID.

Até 2024

- a) Todos os Estados-Membros têm um sistema nacional de laboratórios capaz de realizar de forma fiável pelo menos 5 dos 10 testes fundamentais em mais de 80% dos “distritos”.
- b) Mais de 80% das ocorrências graves de saúde pública detectadas são confirmadas oportunamente em laboratório de acordo com as orientações e as normas.

Até 2030

- a) Todos os Estados-Membros têm normas nacionais de qualidade laboratorial e um sistema de licenciamento obrigatório.

Reforçar a capacidade de preparação e resposta às emergências de saúde pública a todos os níveis.

Até 2024

- a) Todos os Estados-Membros realizam pelo menos uma avaliação do risco de emergência para múltiplas catástrofes, a definição do perfil do risco e o mapeamento dos recursos a nível nacional, a cada dois anos.
- b) Todos os Estados-Membros têm um mecanismo de coordenação da resposta às emergências e um sistema de gestão de incidentes.
- c) Todos os Estados-Membros têm um centro nacional de operações para emergências de saúde pública em funcionamento (CNOSP).
- d) Todos os Estados-Membros testam a cada dois anos os seus sistemas de resposta às emergências e processos de tomada de decisão para operações eficientes e eficazes.

Até 2030

- a) Todos os Estados-Membros têm equipas nacionais e subnacionais multidisciplinares de resposta rápida.

Reforçar o sistema de supervisão, monitorização e avaliação para a VRID.

Até 2024

- a) Todos os Estados-Membros revêm anualmente o desempenho da VRID e actualizam o sistema a todos os níveis no país.
- b) Todos os Estados-Membros disponibilizam relatórios trimestrais sobre os principais indicadores do desempenho (PID) de VRID.

Até 2030

- a) Todos os Estados-Membros demonstraram ser capazes (nível 4)¹¹ de aplicar todas as capacidades do RSI com base no relatório anual.

Princípios Orientadores

18. Apropriação e liderança por parte do país: A responsabilidade de aperfeiçoar a VRID cabe principalmente aos governos nacionais. Consequentemente, esta estratégia incita todos os Estados-Membros a proporcionarem liderança técnica a todos os níveis. Isto deve levar em consideração os contextos social, económico, político, de saúde e de segurança sanitária ao nível nacional.

19. Liderança e parcerias da OMS: O êxito desta estratégia é dependente de um apoio técnico robusto por parte do Secretariado da OMS e dos parceiros. Este apoio deve ser complementar e sinérgico.

¹¹ Os atributos existem, são sustentáveis por mais alguns anos e podem ser medidos pela inclusão de atributos ou de capacidades de aplicação do RSI (2005) no plano nacional do sector da saúde – Score Green.

20. **Colaboração intersectorial:** O reforço e optimização da VRID requer uma estratégia multisectorial coordenada e baseada na abordagem “Uma Só Saúde”. Esta estratégia apoia o planeamento para a VRID de forma transversal a múltiplos sectores.
21. **Envolvimento da comunidade:** Uma optimização eficaz da VRID exige a participação activa da comunidade. As comunidades têm de se responsabilizar pela sua preparação e pelo reforço das capacidades de resposta.
22. **Financiamento interno:** Para uma sustentabilidade a longo prazo, o financiamento da VRID deve ser oriundo de recursos internos. Deste modo, deverão ser postos em prática acordos para a mobilização dos recursos financeiros internos adequados para a VRID.
23. **Monitorização dos resultados e responsabilização:** Esta estratégia estipula os PID para a monitorização e avaliação. Os Estados-Membros irão adaptar e usar estes indicadores. A monitorização e responsabilização terão de ser institucionalizadas.
24. **Integração da perspectiva do género e a equidade:** Os dados da VRID devem ser discriminados por idade e sexo. As tendências das doenças devem ser seguidas tendo em consideração os riscos relacionados com o género. Isto deve aplicar-se a todas as populações ao longo da vida, incluindo as populações mal servidas.
25. **Incidência nas unidades de saúde e na comunidade:** A implementação desta estratégia será aos níveis das unidades de saúde e das comunidades, com um forte apoio técnico dos níveis “distrital” e nacional.

Intervenções Prioritárias

26. **Realizar actividades de sensibilização de alto nível:** Reflectindo o conteto actual e desenvolvimento recentes, como os surtos de Doença por Vírus Ébola, é necessário haver compromissos políticos de alto nível nos múltiplos sectores pertinentes. O êxito desta estratégia exige uma sensibilização de alto nível aos níveis nacional e sub-nacional. Todos os Estados-Membros são incentivados a realizarem actividades de sensibilização de alto nível para a VRID. A sua escala e âmbito dependerão do contexto de descentralização ou devolução.
27. **Assegurar uma boa concepção do sistema e a apropriação por parte do país:** Esta estratégia de VRID permite flexibilidade durante o planeamento. Por isso, precisa de ser adaptada ao contexto prevalecente. As considerações-chave durante a adaptação devem incluir: identificação das doenças com potencial epidémico, ocorrências e condições para notificação imediata e semanal e aquelas para notificação mensal ou trimestral. Adicionalmente, o contexto político, económico, epidemiológico e social deve ser levado em consideração. Finalmente, para a VRID ser estabelecida numa base sólida, a apropriação por parte do país, a concepção do sistema, o envolvimento das partes interessadas e um bom ambiente favorável são indispensáveis e têm de ser institucionalizados.
28. **Optimizar a liderança e quadros sólidos de responsabilização:** Aperfeiçoar e optimizar a VRID exige boa liderança e responsabilização a todos os níveis. Além disso, a supervisão, monitorização e avaliação integradas são essenciais para a melhoria do desempenho e o fomento da responsabilização para a implementação da VRID. Exortam-se todos os Estados-Membros a intensificarem a implementação da terceira edição das orientações da VRID que enfatizam uma supervisão sólida, incluindo o uso da supervisão electrónica. Significativamente, os Estados-Membros são também instados a criarem mecanismos nacionais e subnacionais robustos de

coordenação para supervisionar a implementação da VRID aos diferentes níveis, incluindo a designação de pontos focais da VRID a nível subnacional.

29. **Assegurar a disponibilidade consistente de trabalhadores da saúde qualificados:** Todos os Estados-Membros são incentivados a aumentarem a disponibilidade dos recursos humanos especializados através de uma intensificação do ciberensino. Este é um factor crítico para o êxito da VRID a todos os níveis, mas principalmente nas unidades periféricas e na comunidade. Sublinhando que a formação baseada em *workshops* poderá não alcançar todos os profissionais de saúde, incentiva-se o ciberensino.

30. **Institucionalizar a formação em VRID e rever os programas das instituições de formação:** Apesar de o ciberensino ser uma solução opcional, a lacuna de formação notada na análise da situação é um sinal de aviso que aponta para a urgente necessidade de formações sistemáticas em serviço e pré-serviço para a VRID. Todos os Estados-Membros são exortados a institucionalizarem a formação em VRID nos programas de formação das instituições de formação em saúde pública. Esta última opção irá exigir uma revisão dos programas de formação de todas as instituições de formação pré-serviço. O Secretariado da OMS está a trabalhar com as instituições de formação em países seleccionados para rever o seu programa curricular e incorporar a VRID. Insta-se todos os Estados-Membros a adoptarem esta abordagem de modo a proporcionarem uma oferta fiável e continua de trabalhadores bem qualificados.

31. **Intensificar a vigilância baseada em ocorrências:** A terceira edição das orientações técnicas da VRID e os módulos de formação oferecem aos Estados-Membros orientação sobre como aumentar a VBO a todos os níveis. Assim, todos os Estados-Membros são exortados a aumentarem rapidamente a implementação das orientações técnicas de VRID revistas. Isto é importante porque o RSI (2005) introduziu a noção de vigilância “baseada em ocorrências” (VBO) para lidar com os rumores de “doenças inexplicáveis ou grupos de mortes” como uma categoria de ocorrências a serem notificadas. Apesar de a VBO ter sido adicionada à segunda edição das orientações VRID, a sua implementação tem sido inadequada. É importante notar que a implementação da VBO requer o envolvimento de múltiplas partes interessadas, da comunidade e o recurso a meios de digitalização usando produtos e *software* de tecnologias da informação.

32. **Intensificar a vigilância comunitária de elevada qualidade:** Para abordar as lacunas na VC, a terceira edição das orientações VRID foi reforçada. Consequentemente, todos os Estados-Membros são exortados a intensificarem as orientações revistas de VRID para a VC. É importante notar que a VC é um processo activo de participação comunitária na detecção, notificação, resposta e monitorização de ocorrências da saúde na comunidade. O âmbito da VC está não limitado à recolha sistemática e contínua de dados sobre ocorrências e doenças usando definições de casos e formas simplificadas, e também a notificação das unidades de saúde sobre quaisquer ocorrências atípicas para verificação, investigação, compilação, análise e resposta, conforme necessário. O êxito da VC requer o envolvimento da participação das comunidades locais.

33. **Implementar a VRID em situações complexas:** as crises humanitárias afectaram o desempenho da VRID em diversos Estados-Membros devido às perturbações nos serviços de saúde e noutros serviços sociais. Com base nas experiências dos Estados-Membros, a 2.^a edição das orientações técnicas da VRID foram revistas para incluir alguns componentes essenciais e lições retiradas da implementação da VRID em crises humanitárias. Os Estados-Membros com situações de crises humanitárias são exortados a adaptarem rapidamente a terceira edição das orientações da VRID.

34. **Intensificar a VRID electrónica:** Todos os Estados-Membros são exortados a intensificarem a VRID electrónica a nível nacional. Os sistemas de vigilância electrónica estão a ser incrementalmente adoptados para a detecção e a resposta rápida às doenças. Para apoiar os Estados-Membros na intensificação da VRID electrónica, a terceira edição das orientações técnicas e módulos de formação de VRID tem uma secção relativa à implementação da VRID electrónica. Os elementos exigidos para a VRID electrónica são: compromisso político; linhas de apoio telefónico seguras e gratuitas; experimentação antes da implementação nacional; avaliações periódicas da qualidade dos dados; formação adequada; *feedback* regular e partilha de informação entre as partes interessadas relevantes.¹²

35. **Dar *feedback* e partilhar informação:** Ao abrigo do RSI, todos os Estados-Membros devem partilhar prontamente dados (epidemiológicos e de laboratório) com a OMS. O *feedback* e uma partilha de dados oportuna, regular e consistente têm de ser melhorados em todos os Estados-Membros, uma vez que isso facilita a detecção precoce e a acção atempada e leva a uma melhor tomada de decisões baseadas em evidências. Ao nível regional, é preciso haver uma partilha contínua de informação durante e após os surtos. Os Estados-Membros precisam potenciar os protocolos existentes reforçar a partilha de informação com as comunidades económicas regionais.

36. **Preparação e resposta transfronteiriça:** Ao longo das duas últimas décadas a OMS prestou apoio a diversas reuniões ministeriais sobre questões de saúde transfronteiriças na Região Africana (Kampala, no Uganda, em 2004; Abuja, na Nigéria, em 2010; Lusaca, na Zâmbia, em 2011, Natitingou, no Benim, em 2013 e Libéria, em 2016). Estas iniciativas levaram à assinatura de protocolos de cooperação e de memorandos de entendimento. Estes protocolos, por sua vez, conduziram a uma melhor coordenação transfronteiriça, resposta a surtos e sincronização das intervenções de saúde pública e ao reforço dos sistemas de saúde. No entanto, os mecanismos para a partilha de informação e a colaboração transfronteiriça para abordar eficazmente as actividades de preparação e para as epidemias permanecem fracos. Além disso, poucos Estados-Membros criaram sistemas adequados de planeamento, implementação e monitorização e avaliação conjunta das estratégias de prevenção, preparação, alerta precoce e resposta ao nível transfronteiriço. Esta estratégia exorta os Estados-Membros a revitalizar estas iniciativas, tendo em conta os recentes desenvolvimentos e quadros.

37. **Integrar a VRID no sistema de informação sanitária em geral:** Todas as funções da VRID têm de estar alinhadas com os sistemas gerais de gestão da informação sanitária (SGIS) dos Estados-Membros. Todos os Estados-Membros são exortados a criarem mecanismos que assegurem que a VRID seja integrada no SGIS.

Papéis e responsabilidades

38. Os Estados-Membros deverão:

- a) Comprometer-se a disponibilizar recursos adequados para apoiar a implementação desta estratégia;
- b) Rever as estruturas e os sistemas a nível nacional e subnacional para apoiar a implementação desta estratégia, incluindo: designar um ponto focal para a coordenação da VRID a vários níveis;

¹² Thierry N, Adeline K, Anita A, Agnes B, Baptiste KJ, Pamela J, et al. A National Electronic System for Disease Surveillance in Rwanda (eIDSR): Lessons Learned from a Successful Implementation. *Online J Public Health Inform*, 2014, 6:e118.

- c) Reforçar o mecanismo de coordenação da VRID para supervisionar a implementação da estratégia, fornecer orientações relativas às prioridades, avaliar periodicamente os progressos e reforçar a capacidade ao nível subnacional.
39. O Secretariado e parceiros da OMS deverão:
- a) Divulgar as orientações técnicas da VRID (terceira edição) para apoiar a implementação desta estratégia;
 - b) Apoiar os países na elaboração de planos que sejam monitorizados e avaliados regularmente;
 - c) Assegurar que o grupo de trabalho regional de VRID está operacional e serve como plataforma para a acção coordenada, a mobilização de recursos e a obtenção de consenso entre os parceiros;
 - d) Facilitar a sinergia e a complementaridade nas parcerias para a implementação da VRID;
 - e) Criar uma equipa regional de especialistas para reforçar a capacidade dos países.

IMPLICAÇÕES EM MATÉRIA DE RECURSOS

40. Em 2016, a Academia Nacional de Medicina dos E.U.A. constituiu uma comissão sobre o quadro dos riscos sanitários mundiais para o futuro.¹³ No seu relatório “a dimensão negligenciada da segurança mundial: um quadro para combater as crises das doenças infecciosas”, a comissão recomendou que os recursos financeiros incrementais necessários a nível mundial com vista à preparação para as pandemias fossem de 4,5 mil milhões de dólares americanos por ano.

41. Na Região Africana da OMS, os Planos Nacionais de Acção para a Segurança Sanitária (PNASS) plurianuais estão a ser usados pelos Estados-Membros para acelerar a implementação das capacidades essenciais do RSI. Os PNASS captam as prioridades nacionais para a segurança sanitária. Com o apoio da OMS, 25 Estados-Membros elaboraram PNASS. Os custos estimados nos 25 Estados-Membros foram usados para dar origem ao cabaz de investimento da Região Africana da OMS, fazendo o cálculo de um custo anual médio da preparação e multiplicando-o pelo número de Estados-Membros da Região Africana da OMS por forma a estimar os custos regionais da preparação. O custo *per capita* por ano, também conhecido como o investimento na preparação por pessoa, foi calculado dividindo o custo do investimento regional pela população total. O investimento necessário nos próximos três anos é de aproximadamente 9 a 10 mil milhões de dólares ou 3 a 4 mil milhões por ano. Isto traduz-se em 2,5 a 3,5 dólares por pessoa por ano, o que sugere que o cabaz de investimento para a preparação contra as pandemias é um bem de saúde pública acessível. Por último, são necessários 10 milhões de dólares por ano para o Secretariado da OMS prestar apoio programático aos Estados-Membros.

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

42. Os progressos na implementação desta estratégia pelos Estados-Membros serão acompanhados trimestral e anualmente. Os dados serão recolhidos através dos PID da VRID (Anexo 4) e dos relatórios anuais do RSI. A monitorização e avaliação serão ajustadas com base no contexto prevalecente. Além disso, serão realizadas análises da relação custo-benefício da VRID pelo menos duas vezes durante o período desta estratégia. Por último, a cada dois anos, a Directora Regional apresentará um relatório ao Comité Regional acerca dos progressos na implementação desta estratégia.

¹³ National Academy of Medicine (2016). The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises. Washington, DC: The National Academies Press (<https://doi.org/10.17226/21891>).

CONCLUSÃO

43. Se for rapidamente executada, esta estratégia regional de VRID irá melhorar a detecção precoce e a notificação das doenças, afecções e ocorrências prioritárias, conduzindo a uma resposta rápida e eficaz. Onde a VRID estiver completamente implementada a nível nacional, terá melhorado o tempo de resposta e reduzido a morbidade, a mortalidade e a duração dos surtos.¹⁴
44. Exorta-se todos os Estados-Membros criarem uma força de trabalho adequada para a saúde pública. Para além disso, os Estados-Membros devem elaborar programas para o desenvolvimento das capacidades, incluindo uma mudança de paradigma de uma formação teórica baseada em *workshops* para abordagens que reforcem os conhecimentos, as capacidades e as competências através de exercícios de simulação e simulacros. Finalmente, há a necessidade de usar inovações tecnológicas para fortalecer a VRID electrónica, tais como abordagens de saúde através de telemóveis, o ciberensino e a aprendizagem electrónica.
45. Todos os Estados-Membros são exortados a darem mais visibilidade às unidades responsáveis pela VRID aos níveis nacional e subnacional. A finalizar, exorta-se todos os Estados-Membros a darem prioridade à VRID em termos de financiamento.
46. Convida-se o Comité Regional a analisar e adoptar esta estratégia.

¹⁴ Shoemaker TR, Balinandi S, Tumusiime A, Nyakarahuka L, et al., Impact of enhanced viral haemorrhagic fever surveillance on outbreak detection and response in Uganda. *Lancet Infect Dis.* 2018; 18: 373–375.

Anexo 1: Estado da implementação da VRID nos Estados-Membros, 2018

Pais	Adaptaram a 2. ^a edição das Orientações Técnicas de VRID (DT)	Formação de Formadores em VRID	Formação em cascata de VRID até ao nível periférico	Número total de distritos	Distritos com formação em VRID entre 2015 e 2017 (PID) (%)	Boletim de VRID produzido e divulgado	Oportunidade das notificações de VRID (%)	Integralidade e das notificações de VRID (%)
Argélia	Não	NA		--				
Angola	Sim	Não	--	166	50 até 89	Sim	--	--
Benim	Sim	Sim	Não	77	<50	Não	92	100
Botsuana	Sim	Sim	Não	28	50 até 89	Não	82	92
Burquina Faso	Sim	Não	--	70	50 até 89	Sim	100	100
Burúndi	Sim	Sim	Sim	46	>90	Sim	90	91
Camarões	Sim	Sim	Sim	189	50 até 89	Sim	72	84
Cabo Verde	Não	NA		22				
República Centro-Africana	Sim	Sim	Sim	30	<50	--	15	75
Chade	Sim	Sim	Não	146	50 até 89	Sim	100	100
Comores	Sim	Sim	Sim	17	>90	Sim	40	60
Congo	Sim	Sim	Não	41	<50	Não	--	--
Côte d'Ivoire	Sim	Sim	Sim	83	>90	Sim	96	100
República Democrática do Congo	Sim	Não	--	516	50 até 89	Sim	80	95
Guiné Equatorial	Sim	Não	Não	18	<50	--	--	--
Eritreia	Sim	Sim	Sim	58	50 até 89	--	47	100
Essuatíni	Sim	Sim	Sim	4	50 até 89	Sim	85	52
Etiópia	Sim	--	--	904	50 até 89	Sim	--	--
Gabão	Sim	Não	--	51	50 até 89	Sim	99	100
Gâmbia	Sim	Sim	Sim	43	50 até 89	--	66	100
Gana	Sim	Sim	Sim	216	<50	Sim	90	99
Guiné	Sim	--	--	38	>90	Sim	99	100
Guiné-Bissau	Sim	Não	Não	11	50 até 89	Sim	90	100
Quênia	Sim	--	--	301	50 até 89	Sim	--	--
Lesoto	Sim	--	--	10	>90	--	--	--
Libéria	Sim	--	Não	90	>90	Sim	95	98
Madagáscar	Sim	Sim	Sim	114	<50	Sim	54	55
Maláui	Sim	--	--	29	<50	Não	--	--
Mali	Sim	--	--	65	50 até 89	Sim	90	97
Mauritânia	Sim	Sim	Sim	55	50 até 89	Sim	100	80
Maurícia	Não	NA	--	6		--	--	--
Moçambique	Sim	Não	Não	159	<50	Não	52	92
Namíbia	Sim	--	--	35	NA	Sim	90	99
Niger	Sim	Sim	Sim	72	50 até 89	Sim	89	98
Nigéria	Sim	Sim	Sim	774	<50	Sim	85	85
Ruanda	Sim	Sim	Sim	46	>90	Sim	78	98
São Tomé e Príncipe	Sim	Sim	Sim	7	<50	Sim	99	100
Senegal	Sim	Não	Sim	76	>90	Sim	96	98
Seicheles	Sim	--	Não	26	>90	Sim	--	--
Serra Leoa	Sim	Não	Sim	14	>90	Sim	99	98
África do Sul	Sim	--	--	52	50 até 89	--	--	--
Sudão do Sul	Sim	Sim	Sim	80	>90	Sim	39	57
República Unida da Tanzânia	Sim	Não	Não	192	50 até 89	Sim	80	100
Togo	Sim	Não	Sim	40	>90	Sim	75	75
Uganda	Sim	Sim	Sim	116	>90	Sim	69	70
Zâmbia	Sim	--	--	105	50 até 89	Sim	--	--
Zimbabué	Sim	Sim	--	63	50 até 89	--	90	90

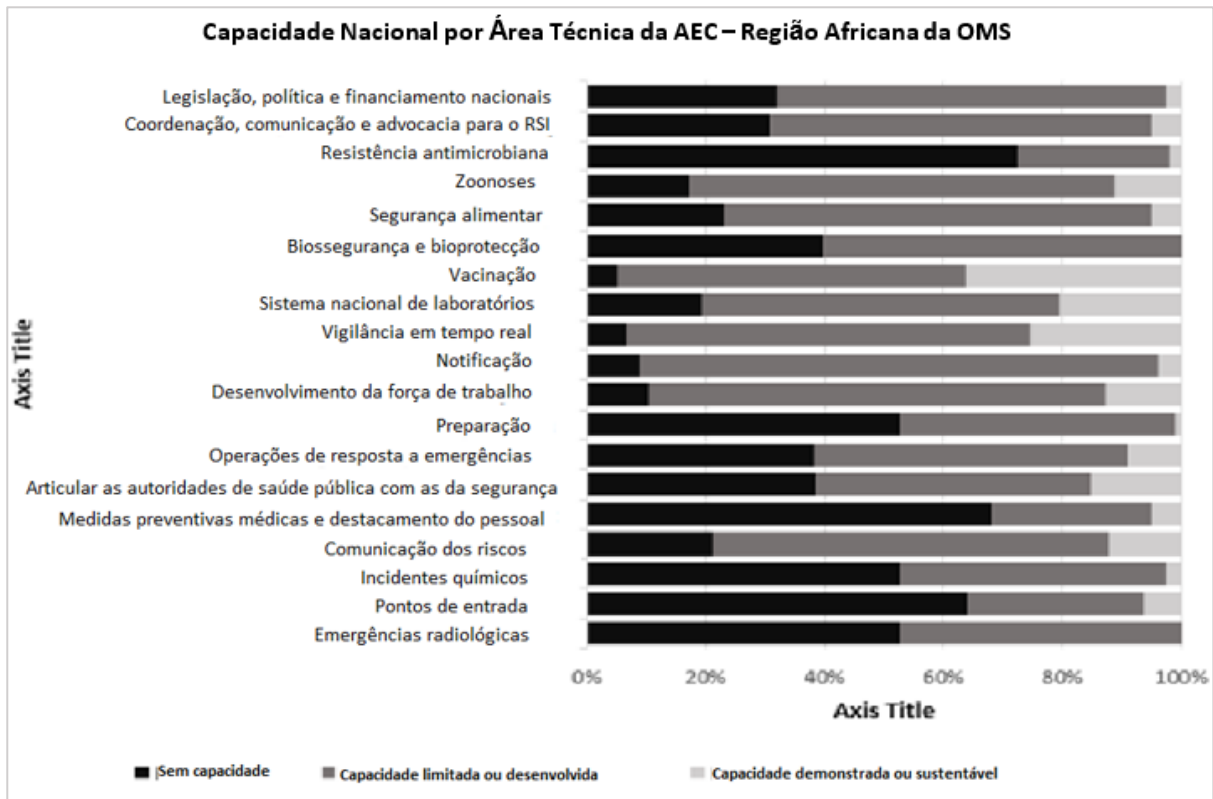
--: informação não disponibilizada NA: não aplicável

*Formação realizada no final de 2016

Anexo 2: Estado da implementação da VRID ao nível regional, 2018

Indicador	Estado (N = 47)	Percentagem alcançada
Estados-Membros a implementar a VRID	44	94%
Estados-Membros que iniciaram formação em VRID a nível distrital	40	85%
Estados-Membros que deram início à vigilância baseada em ocorrências (VBO) no contexto da VRID	35	74%
Estados-Membros que fornecem informação sobre a oportunidade e a integralidade das notificações da VRID	34	72%
Estados-Membros que utilizam sistemas de VRID electrónica	33	70%
Estados-Membros que deram início à vigilância comunitária (VC) no contexto da VRID	32	68%
Estados-Membros que alcançaram a meta pretendida de oportunidade e integralidade das notificações de VRID igual ou superior a 80%	23	49%
Estados-Membros que alcançaram a meta pretendida de pelo menos 90% de cobertura de implementação da VRID em unidades de saúde periféricas	12	26%

Anexo 3: Percentagem de Estados-Membros africanos em cada nível de capacidade do RSI para cada uma das 19 áreas técnicas da AEC (N=41)



Anexo 4: Indicadores para monitorizar o desempenho da VRID ao nível dos Estados-Membros

1. Percentagem das unidades de saúde que enviam ao “distrito” relatórios de vigilância semanais (ou mensais) em devido tempo.
2. Percentagem dos distritos que enviam ao nível seguinte relatórios de vigilância semanais (ou mensais) em devido tempo.
3. Percentagem de casos de doenças identificadas para eliminação, erradicação e quaisquer outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos que foram notificados ao distrito usando formulários baseados em casos ou listas lineares.
4. Percentagem de surtos suspeitos de doenças com potencial epidémico notificados ao nível seguinte mais alto no prazo de 48 horas após ser ultrapassado o patamar de epidemia.
5. Percentagem de unidades de saúde em que está disponível uma análise da tendência actual (gráfico de linhas ou histograma) ou um mapa de pontos para doenças prioritárias seleccionadas.
6. Percentagem de distritos que produzem regularmente um boletim semanal (ou mensal) de VRID.
7. Percentagem de relatórios de surtos e outras emergências de saúde pública investigados que incluem dados baseados em casos analisados.
8. Percentagem de surtos ou ocorrências investigados com resultados de laboratório no prazo de sete dias.
9. Percentagem de surtos ou outras emergências de saúde pública confirmados com uma resposta de saúde pública recomendada ao nível nacional no prazo de 48 horas.
10. Taxa de letalidade para cada doença notificada com potencial epidémico.
11. Incidência de doenças, ocorrências e afecções prioritárias.
12. Mortalidade por doenças, ocorrências e afecções prioritárias.
13. Número de epidemias detectadas ao nível nacional que não foram identificadas ao nível “distrital” durante o ano passado.
14. Percentagem de distritos que comunicaram dados laboratoriais para doenças sob vigilância.
15. Percentagem de laboratórios distritais que receberam pelo menos uma visita de supervisão que incluiu *feedback* escrito do nível provincial ou nacional durante o ano passado.
16. Percentagem de distritos que comunicam dados laboratoriais analisados mensalmente ao laboratório nacional de referência.

Para os propósitos desta estratégia, “Distrito” refere-se ao nível administrativo abaixo do nível nacional