



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A **África**

AFR/RC65/10
24 de Outubro de 2015

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima quinta sessão

N'Djamena, República do Chade, 23 a 27 de Novembro de 2015

Ponto 14 da ordem do dia provisória

**O SURTO EPIDÉMICO DE DOENÇA POR VÍRUS ÉBOLA DE 2014: LIÇÕES
RETIRADAS E PERSPECTIVAS**

Relatório do Secretariado

ÍNDICE

Parágrafos

ANTECEDENTES	1–14
PROBLEMAS E DESAFIOS	15–25
MEDIDAS PROPOSTAS	26–39

ANTECEDENTES

1. A epidemia de Doença por Vírus Ébola (DVE) de 2014 na África Ocidental começou na Guiné em Março de 2014, e alastrou em seguida para a Libéria e a Serra Leoa. As investigações retrospectivas e a localização de casos realizadas pela OMS revelaram que o primeiro caso provável terá ocorrido no final de Dezembro de 2013, três meses antes de ter sido notificado. Mais tarde, foram notificados casos no Mali, na Nigéria, no Senegal, em Espanha, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América. A epidemia foi declarada uma ocorrência de saúde pública de dimensão internacional pela Directora-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Agosto de 2014.
2. O rápido alastramento da doença é atribuído à detecção tardia, à sua introdução nas zonas urbanas densamente povoadas, às fragilidades dos sistemas de saúde, ao atraso na implementação de medidas transfronteiriças e às práticas culturais e de inumação de risco¹. Além disso, havia uma falta de experiência anterior em DVE no pessoal de saúde nos países afectados. No entanto, a epidemia de DVE foi controlada com sucesso na República Democrática do Congo, no Mali, na Nigéria e no Senegal, atingidos mais tarde, devido a uma melhor preparação e sensibilização que permitiram a detecção precoce da, que não estava relacionada com o surto na África Ocidental.
3. A epidemia actual é muito violenta em comparação com os 20 surtos anteriores² registados na África Central. À data de 18 de Outubro de 2015, foram comunicados 28 476 casos de DVE e 11 298 óbitos, incluindo 1049 casos e 535 mortes no pessoal de saúde de seis países da África Ocidental, designadamente: Guiné, Libéria, Mali, Nigéria, Senegal e Serra Leoa.
4. A resposta inicial à epidemia, aos níveis nacional e internacional, foi inadequada e aquém da dimensão da mesma. A OMS desempenhou progressivamente um papel de liderança fundamental na coordenação da resposta à epidemia, na mobilização da resposta internacional, no desenvolvimento e no apoio à implementação de estratégias sanitárias de resposta relevantes, necessárias para o controlo da epidemia de DVE³. Mais de 3800 peritos, incluindo 1250 da Região Africana da OMS foram destacados para o combate à DVE. Peritos de outras regiões da OMS e da Sede, CDC dos EUA, agências da ONU, CEDEAO, União Africana, MSF e outras ONG foram igualmente mobilizados para prestar apoio técnico à resposta à epidemia. Um total de 49 unidades de tratamento do Ébola e 25 laboratórios móveis foram instalados na Guiné, na Libéria e na Serra Leoa.
5. Dada a magnitude do surto e o envolvimento de sectores externos à saúde, os ministros da saúde da CEDEAO solicitaram uma coordenação centralizada. Este papel foi inicialmente desempenhado pelo Centro de Coordenação Sub-Regional do Ébola na Guiné, mas foi mais tarde transferido para a Missão das Nações Unidas para a Resposta de Emergência ao Ébola (UNMEER) com sede no Gana.
6. Desde a 64.^a sessão do Comité Regional, em Novembro de 2014, foram organizadas algumas reuniões de alto nível, como a 136.^a reunião do Conselho Executivo e a Assembleia da União

¹ OMS, Epidemia de Doença por Vírus Ébola na África Ocidental: Ponto da situação e lições retiradas actualização e lições retiradas, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2014. Documento AFR/RC64/9.

² OMS, Epidemia de Doença por Vírus Ébola na África Ocidental: Ponto da situação e lições retiradas actualização e lições retiradas, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2014. Documento AFR/RC64/9.

³ Lista de verificação consolidada de preparação para a Doença por Vírus Ébola, *publicação OMS, Janeiro de 2015*.

Africana⁴, e missões de reforço dos sistemas de saúde. Foi criado um comité consultivo científico e técnico para intervenções experimentais sobre o Ébola. Estão em curso testes de vacinas e de medicamentos curativos, e missões de equipas de apoio à preparação em países de alto risco. A colaboração transfronteiriça foi melhorada e os Chefes de Estado e de Governo do Rio Mano⁵ mostraram o seu empenhamento político com a decisão de avançar em direcção a zero casos em 60 dias a partir de 15 de Fevereiro de 2015. Em resultado dessas acções, constatou-se uma tendência de redução da doença desde Janeiro de 2015. A 3 de Setembro de 2015, a OMS declarou como terminada a terceira vaga do surto de Ébola na Libéria.

7. Desde Agosto de 2015, a resposta ao Ébola passou para a Fase 3, incidindo na interrupção de todas as cadeias de transmissão do vírus e iniciando o trabalho de recuperação para alcançar e manter um 'zero resiliente'. A fase 3 da resposta tira partido ao aumento das camas para o tratamento, das equipas responsáveis pelos enterros seguros e condignos, e das capacidades para a mudança de comportamentos alcançados na Fase 1 (Agosto a Dezembro de 2014), e das capacidades melhoradas de localização dos contactos e o envolvimento das comunidades durante a Fase 2 (Janeiro a Julho de 2015).

8. Uma forte liderança nacional, mecanismos funcionais de coordenação dos parceiros, forte envolvimento das comunidades e a implementação bem-sucedida de intervenções de saúde pública contribuíram sobremaneira e de forma oportuna para travar a disseminação do surto de Ébola.

9. A cooperação Sul-Sul e Sul-Norte, bem como a coordenação sub-regional, ajudou a reforçar a capacidade dos países afectados na resposta ao surto. No espírito de solidariedade, muitos países africanos prestaram apoio aos países afectados em muitas áreas, incluindo as da epidemiologia e a da capacidade laboratorial.

10. Em colaboração com os parceiros e os ministérios da saúde, a OMS continua a apoiar a investigação e o desenvolvimento de novos diagnósticos, tratamentos experimentais e vacinas para a DVE. Em Agosto de 2015, duas vacinas candidatas contra a DVE terminaram os ensaios clínicos de Fase 1 e 2, e encontravam-se na fase dos ensaios nos três países afectados. A análise intercalar dos resultados da Fase 3 de uma das vacinas candidatas mostrou 100% de eficácia na Guiné. Em virtude deste facto, a estratégia de vacinação em anel utilizando esta vacina está a ser alargada à Serra Leoa para ajudar a pôr fim ao surto. Além disso, dado o êxito do uso da terapêutica com soro contra algumas doenças e o seu potencial na gestão da DVE, a Guiné, a Libéria e a Serra Leoa receberam apoio para implementarem esta opção de tratamento.

11. Nos países que não foram afectados, a OMS tem prestado apoio técnico desde Outubro de 2014 para reforçar a preparação de 14 países prioritários identificados com risco potencial elevado. Esta assistência foi fornecida através de visitas de apoio por parte de equipas de reforço da preparação (PST), que ajudaram a identificar e atribuir prioridade às lacunas e necessidades existentes, e a fornecer orientações e ferramentas técnicas. De Outubro de 2014 a Setembro de 2015, a OMS efectuou mais de 285 deslocações ao terreno nos países prioritários para auxiliar à implementação de planos nacionais de preparação. Foram destacados funcionários especificamente

⁴ Assembleia/UA/Decl.4 (XXIII): Declaração Especial Reconhecendo o Papel dos Voluntários Africanos na Luta contra o Ébola: *Vigésima quarta sessão ordinária, 30 - 31 de Janeiro de 2015, Adis Abeba, Etiópia.*

⁵ Cimeira da União do Rio Mano: comunicado final da reunião www.newsdeguinee.com/a-la-une/sommet-mano-river-le-communique-final-de-la-rencontre/ Consultado a 1 de Abril de 2015.

dedicados à preparação para a DVE, para dar apoio a 12 países na implementação dos planos nacionais de preparação.

12. Uma avaliação independente das actividades de resposta à DVE deu origem ao relatório do Painel de Avaliação Intercalar do Ébola. O painel fez as suas recomendações à OMS e aos Estados-Membros, afirmando que é preciso que ocorram mudanças significativas no Secretariado da OMS e que os Estados-Membros deveriam, ao seu nível político mais elevado, disponibilizar o necessário apoio político e financeiro à Organização. O relatório salientava ainda não só as falhas organizativas, mas também as deficiências na implementação do RSI (2005). O relatório fazia recomendações nas três áreas seguintes: Regulamento Sanitário Internacional (2005); capacidade de resposta de emergência da OMS; e papel e cooperação da OMS com outros sistemas de saúde e humanitários.⁶

13. Em resposta às reformas da OMS no domínio dos surtos e emergências de saúde, a OMS/AFRO criou recentemente o novo Grupo Orgânico de Segurança da Saúde e Emergências (HSE), que irá assegurar a coordenação de surtos e emergências de saúde e prestar apoio aos Estados-Membros através de uma resposta mais precisa e oportuna às ameaças de saúde. Para além disso, estão a ser instituídos mecanismos de coordenação para garantir uma melhor interligação entre os programas que se centram nas doenças, a agenda de Segurança da Saúde e Emergências e as funcionais essenciais dos sistemas de saúde ao nível dos países.

14. Perante o exposto, o presente documento resume os problemas e os desafios identificados durante a gestão da epidemia e propõe acções que nortearão a gestão das epidemias actuais e futuras na Região.

PROBLEMAS E DESAFIOS

15. *Apropriação pela comunidade e liderança insuficientes:* Não houve suficientes líderes comunitários identificados, sensibilizados e informados sobre as mensagens a transmitir às populações. Isto fez com que se escondessem os doentes em casa, se sepultassem os corpos secretamente, e causou uma baixa participação da comunidade, observada especialmente no início da resposta. Estas práticas contribuíram para a propagação da doença. Algumas mensagens imprecisas transmitidas pelos diversos meios de comunicação social levaram a equívocos e práticas inadequadas nas comunidades. Estas mensagens geraram o medo entre as pessoas afectadas, que por vezes reagiram evitando deslocar-se às unidades de saúde.

16. *Impacto negativo de crenças e práticas culturais:* Na fase inicial do surto, as medidas habituais de prevenção e controlo de uma epidemia de DVE, baseadas na prevenção da continuidade da transmissão entre pessoas, foram neutralizadas pelas práticas culturais prevalecentes. As crenças profundamente enraizadas nas comunidades atingidas, em matéria de cuidados aos doentes e aos mortos prejudicaram as medidas de controlo da infecção. A negação e os falsos rumores contribuíram para a rejeição e, por vezes, a violência contra profissionais de saúde no terreno.

17. *Complexidade do ambiente urbano:* A epidemia propagou-se para zonas urbanas, criando desafios adicionais no que toca ao confinamento social de casos suspeitos nas comunidades e em casa, tendo em conta que as pessoas movimentavam-se com grande facilidade. Infelizmente, não

⁶ <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>.

existiam unidades para o isolamento de casos no início do surto, o que tornou a situação altamente complicada e fez com que demorasse muito mais tempo a interromper as cadeias de transmissão.

18. *Sistemas de saúde fracos e inadequados*: A Guiné, a Libéria e a Serra Leoa tinham sistemas de saúde débeis e com falta de recursos humanos. No início da epidemia muitos profissionais de saúde foram infectados e morreram devido a más práticas de prevenção e controlo da infecção, o que agravou ainda mais a situação. Além disso, a falta de pessoal formado para o diagnóstico da DVE, assim como uma gestão e capacidades de resposta fracas antes da epidemia levaram ao atraso na detecção e notificação da doença, e provocaram a sua rápida propagação. Este tipo de sistemas de saúde fracos e mal preparados espelha bem a situação comum a muitos países da Região.

19. *Má aplicação da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID) e do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)*: Os recursos humanos formados, a logística e os Procedimentos Operativos Normalizados (PON) nem sempre existem. Além disso, a vigilância electrónica não está bem desenvolvida na Região. Por conseguinte, o sistema de alerta precoce, bem como as actividades transfronteiriças conjuntas, não funcionam. Ainda há restrição de movimentos nas fronteiras de alguns países, apesar das recomendações do RSI. Estes factores podem levar ao atraso na detecção, notificação e, posteriormente, na prevenção e controlo de grandes ocorrências de saúde pública.

20. *Falta de criação de Centros de Operações de Emergência (COE)*: Esta falta de equipas centrais de supervisão leva a uma má coordenação, a incoerências e a actividades de resposta não priorizadas da parte dos parceiros e dos homólogos nacionais. Também houve sempre atrasos na análise comum de dados e evidências para a tomada de decisão, em razão do envio de relatórios de situação imprecisos e tardios.

21. *Recursos limitados, compromisso e participação internacional*: Ainda há escassez de recursos para a gestão da epidemia devido à baixa mobilização de recursos. O apoio financeiro limitado, de longa data, aos Estados-Membros afectados e à Região Africana da OMS criou grandes dificuldades aos sistemas de saúde e limitações em matéria de recursos, o que teve um impacto na prontidão organizativa para reunir os recursos necessários a dar uma resposta à altura da dimensão da epidemia. O Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública recebe poucos recursos dos Estados-Membros, e os esforços a nível internacional não forneceram todos os recursos necessários. O compromisso internacional, o envio de recursos humanos qualificados, o apoio logístico, a expansão dos centros de tratamento do Ébola e dos laboratórios móveis não foram adequadamente financiados no início do surto. O encerramento de fronteiras e as limitações impostas em matéria de viagens e comércio constituíram grandes obstáculos à aplicação do RSI 2005.

22. *Insuficiente observância das medidas de prevenção*: Uma má capacidade de rastreio das entradas e saídas nos países afectados, juntamente com a falta de capacidade para identificar pessoas infectadas durante o período de incubação da doença contribuíram para a propagação da epidemia. Ainda há risco de propagação da epidemia actual de DVE a outros países de África e para fora do continente, uma vez que nenhum dos países da Região Africana cumpre ainda os requisitos essenciais de capacidade para a aplicação do RIS e enquanto continuarem a existir casos em qualquer país.

23. *Elevada taxa de letalidade (CFR)*: A CFR durante este surto variou significativamente de um centro de tratamento para outro, sendo elevada em alguns e baixa noutros. As razões não são claramente conhecidas, mas poderão estar relacionadas com o atraso no acesso aos serviços de saúde,

o atraso na confirmação e gestão de casos, a especialização do pessoal dos centros de tratamento e as diferenças entre protocolos de tratamento.

24. Apesar dos desafios em termos de resistência das comunidades em algumas zonas, as recentes melhorias no envolvimento comunitário na Guiné e na Serra Leoa levaram a um melhor seguimento dos contactos e a uma melhor identificação de casos e das cadeias de transmissão. Deste modo, a Serra Leoa e a Guiné não registaram quaisquer novos casos confirmados de DVE na semana que terminou a 4 de Outubro de 2015. Esta foi a primeira vez que se passou uma semana epidemiológica completa com zero casos confirmados desde Março de 2014. Previam-se a declaração do fim do surto a 7 de Novembro de 2015 se não houvesse novos casos. Infelizmente, a Guiné notificou três novos casos confirmados na semana 42, finda a 18 de Outubro de 2015. Esta significativa tendência decrescente foi conseguida graças aos esforços continuados e do empenho dos governos, apoiados pela OMS e os parceiros, bem como pelo aumento do envolvimento das comunidades para chegar aos zero casos.

25. Tendo em conta os problemas, desafios e lições retiradas acima mencionados, propõem-se as medidas seguintes.

MEDIDAS PROPOSTAS

Estados-Membros

26. *Reforçar a apropriação pela comunidade e a liderança:* Os países devem trabalhar com parceiros para aumentar a participação dos líderes comunitários na resposta à DVE. Devem também recorrer a antropólogos, que irão fornecer uma melhor compreensão das crenças, cultura, percepções, opiniões e expectativas das comunidades em relação à DVE. Os países afectados devem garantir que as mensagens culturalmente sensíveis e de carácter técnico relevante sejam comunicadas às populações, sobretudo nas zonas onde a resistência ainda persiste.

27. *Intensificar os esforços para chegar a zero casos:* Os países devem destacar os seus profissionais de saúde qualificados, mobilizar peritos experientes de outros países e coordenar os recursos e a logística. O reforço das acções de apoio à participação da comunidade e as iniciativas transfronteiriças irão acelerar os progressos para se alcançar os zero casos.

28. *Acelerar o reforço e a recuperação dos sistemas de saúde:* Os países devem reforçar a coordenação do pessoal, da logística, dos abastecimentos, dos equipamentos e das infra-estruturas conexas, e ainda garantir o reforço e a recuperação de sistemas de saúde sustentáveis. Isto deve começar o mais cedo possível e resultar em planos de acção a curto e longo prazo, centrados na melhoria do acesso da comunidade aos sistemas básicos de saúde, na preparação e resposta e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

29. *Desenvolver sistemas e serviços de saúde resilientes:* Os países devem elaborar políticas e planos de saúde nacionais que respondam às vulnerabilidades dos sistemas de saúde. Estes planos deverão incluir ter em consideração as prioridades-chave para a recuperação precoce, tais como a participação da comunidade, o fornecimento de pacotes de serviços essenciais, a capacidade de execução, o acesso aos serviços, e garantir a preparação para crises sanitárias no futuro. Para além disso, deve ser dada a devida atenção à segurança dos doentes e do pessoal de saúde; a uma melhor vigilância e resposta; a uma melhoria da interacção entre os distritos de saúde e as suas comunidades,

e à criação de mecanismos que permitam aos serviços de saúde dar uma resposta eficaz às ocorrências de saúde inesperadas ou desconhecidas.

30. *Reforçar os sistemas de preparação:* Os países devem criar sistemas de preparação imediata e a longo prazo, através da promoção da avaliação do risco, do mapeamento das zonas propensas a epidemias, do desenvolvimento e da aplicação dos plano de preparação, da formação dos recursos humanos para a prevenção e gestão de doenças emergentes e reemergentes, e ainda a existência de abordagens multissectoriais.

31. *Reforçar a aplicação da VRID e do RSI:* Isto inclui o reforço das capacidades de vigilância, do fluxo de dados e de informação entre os níveis local, nacional e internacional, para assegurar uma resposta eficaz à epidemia. Isto implica igualmente uma maior responsabilização por parte dos Estados-Membros em assegurarem a declaração atempada dos surtos à OMS. Os Estados-Membros devem implementar o VRID usando tecnologias inovadoras, como a Vigilância Electrónica, a informação sobre as epidémicas e os COE. Os países de alto risco devem criar COE para estarem prontos a reagir em caso de surto. A segurança financeira do sector da saúde deverá ser a principal responsabilidade dos Estados-Membros apoiados pelos parceiros.

32. *Melhorar a observância das medidas de prevenção:* Os países devem reforçar a colaboração transfronteiriça através de um sistema funcional de troca de informações e de actividades transfronteiriças conjuntas. Isto irá acelerar o controlo da actual epidemia de DVE, evitar a sua propagação a outros países e contribuir para se avançar para zero casos. Além disso, os Estados-Membros devem evitar o ineficaz encerramento de fronteiras que afecta o comércio, o movimento da população e as actividades sociais e económicas. Ao invés, deverão usar o mecanismo transfronteiriço existente para prevenir e detectar surtos futuros.

33. *Melhorar os esforços de redução da taxa de letalidade:* Todas as partes interessadas devem melhorar a qualidade de suas diferentes intervenções, para garantir a detecção e a gestão atempadas de todos os casos. Todos os países afectados devem criar mecanismos eficazes de rastreio dos contactos e de prevenção e controlo da infecção.

OMS

34. Assegurar a documentação interna da resposta ao surto de DVE para estar melhor preparada para emergências de grande escala.

35. *Reforçar a liderança e a coordenação técnica da OMS em resposta à epidemia, e a investigação e desenvolvimento:* A OMS deverá prosseguir o seu papel de coordenação da investigação e desenvolvimento de vacinas e medicamentos para a DVE, e iniciar e apoiar estudos sobre o impacto social e económico da epidemia por vírus Ébola.

36. *Intensificar a mobilização de recursos:* A OMS, em colaboração com os parceiros, deve continuar a defender a mobilização de recursos financeiros, principalmente através das contribuições para o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública e para o recém-criado fundo mundial para as emergências.

37. *Contribuir para as reformas na área da emergência ao nível mundial:* A OMS deve trabalhar para a reforma e o reforço das equipas de emergência e resposta aos surtos, de modo a assegurar uma

coordenação e uma resposta eficazes a futuros surtos na Região. Deve relacionar as intervenções com o quadro de resposta de emergência recomendado.

38. Criar uma equipa regional de trabalho com o necessário leque de competências para uma resposta rápida a surtos e a situações de emergência.

39. Solicita-se ao Comité Regional que analise este relatório e a aprove as medidas propostas.