



ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A

**Organização  
Mundial da Saúde**  
**África**

**AFR/RC64/PSC-2/7**  
1 de Agosto de 2014

**COMITÉ REGIONAL AFRICANO**

**ORIGINAL: INGLÊS**

**SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (2)**

Sexagésima quarta sessão  
Cotonou, República do Benim, 28–29 de Agosto de 2014

Ponto 3 da ordem do dia provisória

**SURTO EPIDÉMICO DE VÍRUS ÉBOLA NA ÁFRICA OCIDENTAL:  
ACTUALIZAÇÃO E LIÇÕES RETIRADAS**

**Relatório do Secretariado**

**ÍNDICE**

	<b>Parágrafos</b>
INTRODUÇÃO .....	1–4
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E ACÇÕES REALIZADAS .....	5–7
PRINCIPAIS PROBLEMAS E LIÇÕES RETIRADAS .....	8–12
MEDIDAS PROPOSTAS .....	13–19

## INTRODUÇÃO

1. A doença causada pelo vírus Ébola (DVE), anteriormente conhecida como Febre Hemorrágica do Ébola, é uma doença grave com uma taxa de letalidade que pode atingir os 90%.<sup>1</sup> É causada pelo vírus Ébola, que foi isolado pela primeira vez em 1976. O vírus é transmitido por contacto directo com os fluidos corporais (incluindo sangue e suor) e tecidos de pessoas e animais infectados, quando se encontram em estado febril ou após a morte. Apesar do reservatório do vírus Ébola ainda não ser totalmente conhecido, acredita-se que os morcegos frugívoros sejam a sua fonte.<sup>2</sup> A infecção pode ocorrer através do contacto com animais infectados como chimpanzés, gorilas e antílopes florestais (vivos ou mortos).<sup>3</sup>

2. Surto anteriores da doença causada pelo vírus Ébola (DVE) ocorreram, primeiramente, em aldeias remotas na África Central e Ocidental, perto de florestas tropicais húmidas, especificamente na República do Congo (2001-2002, 2003 e 2005), Côte d'Ivoire (1994), República Democrática do Congo (1976, 1977, 1995, 2007, 2008-2009 e 2012), Gabão (1994, 1996-1997 e 2001-2002), Sudão (1976, 1979 e 2004) e Uganda (2000-2001, 2007-2008, 2011 e 2012). Já foram registados quase 3000 casos de DVE, com mais de 1900 mortes desde que o vírus Ébola foi descoberto pela primeira vez. Durante os surtos, as pessoas que correm o maior risco de infecção são os profissionais da saúde, os familiares das vítimas e as pessoas que estão em contacto estreito com vítimas da DVE, vivas ou mortas. Os surtos de DVE podem devastar famílias e comunidades. No entanto, a infecção pode ser prevenida e controlada através do cumprimento das medidas de protecção recomendadas em contextos de prestação de cuidados de saúde, nas comunidades, sobretudo em ajuntamentos, ou em casa. Não existem medicamentos ou vacinas específicas para o uso em pessoas ou animais. As pessoas gravemente doentes requerem cuidados de apoio intensivos.

3. Desde Março de 2014, três países na África Ocidental - Guiné, Libéria e Serra Leoa – foram afectados por uma epidemia de DVE. Os primeiros casos foram registados no Distrito de Gueckedou na Guiné, a 2 de Março de 2014. Os primeiros casos na Libéria foram registados no Distrito de Lofa, a 31 de Março 2014 enquanto os primeiros casos na Serra Leoa foram registados no Distrito de Kailahun, a 26 de Maio de 2014.

4. Este documento destaca a situação do surto de DVE na África Ocidental, resume as acções que estão a ser realizadas para lidar com o surto, identifica os principais problemas e desafios e propõe acções para acelerar a resposta ao surto.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO E ACÇÕES REALIZADAS

5. Os três países da África Ocidental – Guiné, Libéria e Serra Leoa – têm sido afectados pelo surto de DVE desde Março de 2014. Recentemente, a Nigéria notificou um caso importado DVE que veio da Libéria. Até 30 de Julho de 2014, o total cumulativo de casos registados nos quatro países é de 1 406, com 742 mortes. A Guiné notificou 472 casos e 346 mortes, a Libéria 360 casos e 181 mortes, a Serra Leoa 574 casos e 215 mortes e a Nigéria notificou 1 caso que resultou em morte.

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Ebola viral disease: fact sheet. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en>. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>.

<sup>2</sup> Leroy EM, et al. Fruit bats as reservoirs of Ebola virus. *Nature* 2005;438: 575–6.

<sup>3</sup> Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response in the African Region, 2nd Edition, 2010.

6. Em resposta à epidemia, a Organização Mundial da Saúde divulgou directrizes e ferramentas para a preparação e resposta aos surtos, forneceu orientações e coordenou a actualização dos planos nacionais de resposta, e enviou equipas multidisciplinares para acelerar o controlo do surto e reforçar as capacidades essenciais dos profissionais de saúde nacionais. Foi igualmente prestado apoio aos países para instalarem centros apropriados de tratamento, incluindo locais para o isolamento dos doentes e minimizar, assim, a propagação da doença. Outros parceiros estão a colaborar de perto com a OMS na prestação de apoio técnico e financeiro às operações de resposta nos países afectados pela DVE e às actividades de prevenção e preparação nos países que correm risco de serem afectados por esta doença mortal.

7. A OMS organizou uma reunião de emergência de dois dias de alguns Ministros da Saúde e parceiros, em Acra, no Gana, de 2 a 3 de Julho de 2014. A reunião proporcionou a oportunidade aos participantes de partilharem as suas experiências com relação ao surto na sub-região, debaterem as principais questões relativas à contenção do surto de DVE na África Ocidental, e entrarem em acordo sobre intervenções apropriadas para a preparação e o controlo do surto. A reunião produziu um comunicado e adoptou uma estratégia Interpaíses comum, apelando à uma aceleração da resposta ao surto de Ébola na África Ocidental. Além disso, os Chefes de Estado e de Governo da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), durante a cimeira de Acra, em Julho de 2014, decidiram adoptar uma abordagem regional de contenção e gestão do surto de DVE e determinaram que fosse criado um Fundo de Solidariedade para este fim. Também foi criado um Centro Sub-regional de Coordenação do Ébola na Guiné para coordenar as operações de resposta, ao qual foram enviados, em Julho de 2014, funcionários da OMS pertencentes a vários níveis da Organização.

## PRINCIPAIS PROBLEMAS E LIÇÕES RETIRADAS

8. **Falta de conhecimento público que leva à resistência:** A actual epidemia é o primeiro surto de DVE de grande envergadura registado na África Ocidental. Há ainda uma falta de conhecimento público e uma falta de compreensão por parte do público em geral e das comunidades no que se refere às causas, quadro clínico e modo de transmissão da doença. Isso gerou medo, pânico, negação, desconfiança e rejeição das intervenções de saúde pública propostas. Esta situação é alimentada por crenças e práticas culturais enraizadas de cuidado dos doentes e dos mortos, que contribuíram, em grande medida, à elevada exposição das comunidades ao vírus Ébola. Algumas comunidades consideram que os profissionais da saúde estão a interferir nas suas práticas culturais estabelecidas e isso resultou na falta de confiança, uso limitado dos centros de tratamento e cuidados e níveis elevados de mortes.

9. **Capacidade limitada para a detecção precoce e a resposta rápida do surto de DVE:** De modo geral, os profissionais de saúde aos níveis distritais e inferiores, têm capacidade limitada para identificar e notificar as doenças e afecções prioritárias. Também têm pouca experiência clínica para além da falta de laboratórios para confirmação dos diagnósticos de DVE. Como resultado, a resposta ao surto de DVE tem sido insuficiente e tardia. Apenas alguns países na Região possuem instalações laboratoriais adequadas e capacidade técnica para a confirmação dos diagnósticos de doenças infecciosas em geral e de agentes patogénicos emergentes e perigosos em particular. Além disso, as redes de laboratórios nacionais de saúde pública não estão plenamente operacionais para assegurar sistemas apropriados de envio seguro e rápido de espécimes biológicos do terreno para os laboratórios nacionais de referência.

10. **Capacidade limitada para o tratamento e para a prevenção e controlo das infecções:** De modo geral, as estruturas sanitárias, sobretudo no meio rural, têm uma capacidade limitada para prestar cuidados clínicos e de enfermagem eficazes. Têm um número insuficiente de pessoal experiente e instalações para o isolamento dos casos. Há um fornecimento inadequado de materiais de gestão dos casos como medicamentos e materiais de prevenção e controlo das infecções, incluindo equipamentos de protecção individual. A implementação de medidas de precaução normalizadas para o controlo das infecções, incluindo as medidas contra injeções não seguras, está longe de ser suficiente.

11. **Interligação insuficiente entre as estruturas de saúde e as comunidades:** Tem havido um envolvimento limitado das comunidades por parte dos profissionais de saúde locais. Têm sido poucas as ocasiões em que os profissionais de saúde colaboram com os líderes de opinião, sobretudo os líderes tradicionais, religiosos e políticos locais, para encontrar soluções adaptadas ao contexto local e aceites pelas comunidades locais.

12. **Falta de recursos e coordenação e colaboração inadequadas:** Uma implementação bem-sucedida da resposta ao surto de DVE requer recursos financeiros, humanos e materiais, que muitas vezes não estão disponíveis quando necessários. O surto aumentou consideravelmente a necessidade dos recursos existentes, que já são escassos. Uma liderança nacional forte e uma coordenação eficaz de todas as partes envolvidas na resposta é essencial, no entanto, as estruturas e as capacidades para tal, aos níveis nacional e subnacional, continuam fracas em vários países. Os países têm falta de uma equipa multidisciplinar e multissetorial ao nível nacional para o controlo do surto. A magnitude e a escala geográfica do surto impuseram enormes desafios em termos da capacidade humana e requisitos financeiros, operacionais e logísticos, e ameaça a saúde pública internacional. As deslocações dentro dos países e transfronteiriças criaram dificuldades no rastreio e acompanhamento dos contactos ao mesmo tempo que os mecanismos de partilha de informações e a colaboração transfronteiriças para enfrentar eficazmente a epidemia continuam fracos.

## ACÇÕES PROPOSTAS

### Estados-Membros

13. **Aumentar a sensibilização e o conhecimento:** Os países devem aumentar a sensibilização entre os decisores políticos, profissionais de saúde e público em geral utilizando ferramentas adequadas de informação, educação e comunicação. Estes devem desenvolver, actualizar ou rever os produtos de informação de saúde pública com base em informações precisas das fichas informativas produzidas pela OMS, e adaptá-los a diferentes populações e públicos-alvo, apoiando-se numa avaliação cuidadosa das suas crenças e práticas culturais.

14. **Reforçar a capacidade nacional para detectar surtos de DVE e dar resposta:** Os países devem assegurar-se de que todos os profissionais de saúde dos sectores público e privado estejam devidamente formados e totalmente envolvidos na vigilância activa. Devem, dentro do quadro da estratégia de Vigilância e Resposta Integradas às Doenças (IDSR), reforçar os seus sistemas de gestão dos alertas à DVE para permitir-lhes atender apropriadamente às chamadas, rumores e outras informações provenientes das comunidades. Os Estados-Membros devem reforçar a capacidade de diagnóstico da DVE dos laboratórios nacionais de referência para garantir prazos curtos de processamento das amostras. Além disso, devem ser reforçados os sistemas de envio rápido e seguro de espécimes biológicos do terreno ao laboratório nacional de referência e a laboratórios externos. Todos os países, sobretudo os que fazem fronteira com os países afectados pela DVE, devem

implementar medidas adequadas de prevenção ou preparação à epidemia de modo a evitar a propagação da DVE.

**15. Reforçar a capacidade nacional para prestar cuidados aos doentes e assegurar a prevenção e o controlo eficazes das infecções:** Os países devem melhorar a prestação de cuidados clínicos eficazes aos doentes com DVE com procedimentos adequados de enfermagem e intensificar as práticas de prevenção e controlo das infecções em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Devem instalar centros específicos para o tratamento da DVE próximos a todos os principais focos activos de transmissão viral. Deve ser levada a cabo a formação e a orientação dos profissionais de saúde, aos níveis nacional e distrital, em gestão dos casos de DVE e práticas de prevenção e controlo das infecções. Os médicos experientes e formados devem ser enviados aos locais afectados para supervisionar os profissionais de saúde locais.

**16. Envolver desde cedo as comunidades na implementação de medidas de prevenção e controlo:** Os países devem estabelecer um sistema de comunicação entre os profissionais de saúde, os doentes no momento da sua admissão no hospital, as suas famílias, e os membros da comunidade. Os países devem envolver, de forma apropriada, as comunidades na resposta ao surto. O processo de envolvimento comunitário deve começar, entre outras coisas, com um diálogo aberto com os líderes de opinião como os líderes tradicionais, religiosos e políticos. O diálogo deve permitir a partilha de informações sobre a doença e o seu modo de transmissão, e identificar meios adequados para a prevenção e interrupção da transmissão.

**17. Aumentar a coordenação e a colaboração e intensificar a mobilização de recursos:** Os países devem reforçar as estruturas multisectoriais de coordenação do surto a todos os níveis, e realizar regularmente a supervisão e monitorização de apoio nos distritos mais afectados, para analisar os progressos. Devem criar mecanismos para acelerar o processo de tomada de decisões entre o Ministério da Saúde, a OMS e os parceiros. Devem ser mobilizados recursos adequados para assegurar a implementação eficaz das actividades de resposta ao surto. É igualmente essencial que os países assegurem colaborações transfronteiriças e multisectoriais, inclusive a criação de um quadro funcional para actividades transfronteiriças conjuntas de controlo do surto.

### **OMS e Parceiros**

18. Os parceiros, as agências técnicas e as instituições de saúde pública devem participar activamente nas actividades de resposta, em linha com as prioridades nacionais identificadas, através da prestação de apoio técnico e financeiro às operações de resposta nos países afectados pela DVE, bem como à prevenção e preparação nos países em risco de serem afectados pela DVE. A OMS irá liderar a coordenação aos níveis mundial, regional e nacional, dos parceiros internacionais que prestam apoio à elaboração e implementação dos planos nacionais de preparação e resposta. A OMS continuará a mobilizar e enviar pessoal da Organização necessário e outros peritos e consultores, e a colaborar com as instituições e redes no apoio à resposta ao actual surto de DVE. A OMS irá defender, aos níveis nacional e internacional, a necessidade de conseguir recursos adicionais para se enfrentar a DVE e outras febres hemorrágicas.

19. Solicita-se ao Comité Regional que analise este relatório e aprove as acções propostas.