

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

Julho de 2019



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a

África

COLECTÂNEA

Agenda de Transformação, 3ª Série: Melhorar de capacidade de combater as epidemias - lições sobre os surtos de febre-amarela, em 2016, na República de Angola e na República Democrática do Congo

ISBN: 978-929034126-0

© Escritório Regional da OMS para a África, 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. Agenda de Transformação, 3ª Série: Melhorar de capacidade de combater as epidemias - lições sobre os surtos de febre-amarela, em 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 Congo



ÍNDICE

PREFÁCIO	1
1. ANTECEDENTES	5
2. OS SURTOS DE FEBRE-AMARELA EM ANGOLA E NA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO	9
Informação básica sobre a febre-amarela	9
Evolução dos surtos de febre-amarela de 2016	10
Resposta aos surtos de febre-amarela de 2016 e resultados	12
Lições aprendidas	16
3. PERSPECTIVAS FUTURAS	21

PREFÁCIO



A *Agenda de Transformação do Secretariado da Organização Mundial da Saúde na Região Africana 2015-2020* procura efectivar “a OMS que todos os funcionários e as partes interessadas desejam”. Nos últimos cinco anos, a OMS na Região Africana tem envidado esforços concertados para se transformar numa organização inovadora, proactiva, reactiva, orientada para os resultados, transparente, responsável e com recursos adequados. Os Estados-Membros, os parceiros do desenvolvimento, os doadores e outras partes interessadas têm apoiado a OMS na implementação desta Agenda - e estou muito grata por isso.

A implementação da Agenda de Transformação começou em 2015, o que coincidiu com a adopção, a nível mundial, dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável. O Objectivo 3 consiste em assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em qualquer idade. O Secretariado da OMS na Região Africana aproveitou esta oportunidade para institucionalizar a Agenda de Transformação, desenvolvendo o *Programa de Transformação da Saúde em África 2015-2020: uma visão para a Cobertura Universal de Saúde*. Este documento serve de quadro estratégico para nortear a contribuição da OMS à plataforma do desenvolvimento sustentável em África. O quadro visa assegurar o acesso universal a um pacote de serviços essenciais de saúde em todos os Estados-Membros da Região, alcançando assim a cobertura universal de saúde com um mínimo de obstáculos financeiros, geográficos e sociais aos serviços.

Até à data, podemos observar o impacto da Agenda de Transformação em três áreas principais:

- 1) A segurança sanitária melhorou através do aumento da capacidade regional e nacional para detectar imediatamente e dar uma resposta eficaz às ameaças de saúde pública. Muitos dos surtos que enfrentámos foram rapidamente contidos.

- 2) Os Estados-Membros estão a progredir rumo à cobertura universal de saúde através de esforços para reforçar os sistemas de saúde. A melhoria do acesso a intervenções de saúde com boa relação custo-eficácia está a conduzir a melhores resultados de saúde nos Estados-Membros.
- 3) Está a surgir uma cultura organizativa baseada em valores onde o assédio é abordado abertamente, e é criado um ambiente respeitoso de trabalho. Estamos a testemunhar transformações fundamentais na nossa forma de trabalhar, pensar e colaborar com os outros, assim como uma maior responsabilização, eficácia, transparência e resultados tangíveis nos países.

As Séries da Agenda de Transformação visam partilhar as principais realizações desta iniciativa em seis brochuras:

- 1) **A Brochura 1 da Agenda de Transformação:** Intensificar a abordagem centrada nos países para um maior impacto na saúde;
- 2) **A Brochura 2 da Agenda de Transformação:** Reforçar as parcerias para a cobertura universal de saúde;
- 3) **A Brochura 3 da Agenda de Transformação:** Melhoria da capacidade para combater as epidemias na Região Africana da OMS - lições retiradas dos surtos de febre-amarela de 2016 em Angola e na República Democrática do Congo;
- 4) **A Brochura 4 da Agenda de Transformação:** Progressos continuados no sentido da erradicação da poliomielite na Região Africana da OMS;
- 5) **A Brochura 5 da Agenda de Transformação:** Promover a eficiência, a responsabilização e o uso adequado dos recursos - a história dos principais indicadores do desempenho da gestão; e
- 6) **A Brochura 6 da Agenda de Transformação:** Avançar para um foco mais acentuado na qualidade e nos resultados - a história dos principais indicadores do desempenho programático.

Ao celebrarmos os ganhos obtidos, gostaria de manifestar a minha gratidão às partes interessadas - Estados-Membros, parceiros do desenvolvimento, doadores, fundações e outros - por passarem dos actos às palavras connosco. Agora, estes ganhos devem ser consolidados, continuados e aumentados no próximo ano e não só.

Espero que as realizações evidenciadas nesta série nos possam motivar a continuarmos a esforçarmo-nos para assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as pessoas na Região Africana e fora desta, alcançando a cobertura universal de saúde, fazendo face às emergências sanitárias e promovendo populações mais saudáveis.

Dr.ª Matshidiso Moeti

Directora Regional da OMS para a África
Organização Mundial da Saúde
Julho de 2019



- 1 Escritório Regional da OMS para a África (2018). Atividades 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>, acessado a 25 de Fevereiro de 2019).
- 2 Escritório Regional da OMS para a África (2016). Mapeamento dos riscos e distribuição de epidemias na Região Africana da OMS, relatório técnico para o Escritório Regional para a África. OMS: Brazzaville. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206560>; e Jones KE, Patel NG, Levy MA et al. (2008). Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, 451: 990–993. doi:10.1038/nature06536.
- 3 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

As epidemias representam riscos para a saúde humana, para os meios de subsistência e para a segurança da saúde mundial. Todos os países na Região Africana da OMS estão em risco de ameaças à segurança sanitária.¹ As ameaças emergentes e reemergentes com potencial pandémico continuam a desafiar os sistemas de saúde frágeis que existem no continente, representando enormes custos humanos e económicos e resultando numa morbilidade, mortalidade, incapacidades e perdas socioeconómicas inaceitavelmente elevadas.

A Região regista todos os anos mais emergências de saúde pública que qualquer outra região da OMS. Ao longo do tempo, o risco de doenças infecciosas emergentes tem aumentado.² Um evento de saúde pública agudo é notificado a cada quatro dias, equivalentes a mais de 150 eventos de saúde pública agudos todos os anos.³ Mais de 80% das emergências de saúde pública observadas na Região ocorrem devido a doenças infecciosas, das quais cerca de 75% têm origem na interface humana-animal-ambiente.⁴ Isto deve-se, principalmente, ao maior número de viagens transfronteiriças e internacionais, aumentando a densidade populacional humana e o crescimento de aglomerados populacionais informais.⁵ Outros factores incluem as alterações climáticas, mudanças na forma como os humanos e os animais selvagens interagem e alterações no comércio e na criação animal.⁶

As intervenções de preparação e resposta às emergências em África são orientadas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005) e pelas estratégias regionais da vigilância e resposta integrada às doenças (VRID) e da gestão do risco de catástrofes (GRC). A Região continua a enfrentar desafios, incluindo a implementação fragmentada de intervenções, uma colaboração intersectorial limitada, recursos inadequados, sistemas de saúde fracos e principais capacidades do RSI (2005) inadequadas.

- 4 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 a 6 de Março de 2019).
- 5 (Oppenheim et al., 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 fazer face aos problemas de fragmentação e para definir as prioridades claras, a Directora Regional criou, nos primeiros 100 dias após assumir funções, o grupo orgânico Segurança Sanitária e Emergências (HSE). Isto foi feito através do agrupamento das equipas responsáveis pelos programas de resposta a surtos, do regulamento sanitário internacional e da resposta a catástrofes e a emergências.

Aprendendo com a epidemia do vírus Ébola na África Ocidental, em 2014, e com outras emergências, a OMS, em 2015, realizou importantes reformas para abordar melhor a segurança sanitária através da criação do Programa da OMS para as Emergências Sanitárias (WHE). As principais funções do WHE são: fazer face a agentes patogénicos de ameaça elevada e criação de redes de peritos; monitorização e avaliação das capacidades nacionais de preparação, planeamento e reforço das principais capacidades, de acordo com o RSI; detecção e verificação de eventos, monitorização de operações de emergência sanitária e gestão e análise de dados; gestão de incidentes, parcerias operacionais e apoio e logística para a prontidão e as operações; gestão e administração das operações de emergência e gestão das relações externas e dos recursos humanos transversais, assim como apoio administrativo e logístico para as áreas técnicas do programa.

A formação do WHE criou uma plataforma única nos três níveis da Organização (Sede, Escritórios Regionais e Representações). Esta plataforma foi desenvolvida para trazer velocidade e previsibilidade ao trabalho de emergência da OMS, utilizando uma abordagem que cubra todos os riscos, promovendo uma acção colectiva e envolvendo actividades de preparação, prontidão, resposta e recuperação rápida. O Programa possui uma linha clara de autoridade, uma força de trabalho, um orçamento, um conjunto de regras e de procedimentos e um conjunto padrão de avaliação de desempenho. O WHE complementa o papel técnico e normativo da OMS e proporciona novas capacidades e recursos operacionais no trabalho com surtos e emergências humanitárias.

Esperava-se que os desenvolvimentos referidos anteriormente resultassem numa OMS que estivesse adequada à sua finalidade relativamente a fazer face a ameaças de saúde mundial e a fornecer um apoio mais eficaz aos países, com vista a responder a surtos e a emergências, com uma melhor coordenação e um destacamento mais rápido de peritos. Estas capacidades foram testadas em 2016, quando Angola e a República Democrática do Congo experienciaram surtos de febre-amarela.



2. OS SURTOS DE FEBRE-AMARELA EM ANGOLA E NA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

Informação básica sobre a febre-amarela

A febre-amarela é causada por um vírus (*Flavivirus*), que é transmitido aos humanos pelas picadas de mosquitos *aedes* e *haemogogus* infectados. Os mosquitos reproduzem-se perto de casas (doméstico), em florestas ou selvas (vida selvagem) ou em ambos os ambientes (semi-doméstico). Na segunda metade do século XX, os padrões de transmissão mais frequentes do vírus da febre-amarela eram ou selvático, quando o reservatório animal (primatas não humanos a viverem na floresta ou na selva) infecta mosquitos que vivem em árvores, como o *Haemogogus* (nas Américas) e o *Aedes* spp. (em África), que por sua vez picam os humanos que entram na floresta para caçar ou trabalhar, ou intermédio, quando várias espécies de mosquitos *Aedes* que circulam entre a floresta e as povoações humanas são envolvidos, com os humanos a servirem como hospedeiros no ciclo de transmissão. Este ciclo pode ocorrer em aldeias e pequenas cidades rurais, no que é chamado de “zona de emergência” em África, mas grandes surtos ocorreram quando pessoas infectadas nestas povoações rurais viajaram para centros urbanos. Também existe transmissão urbana causada pelo mosquito *Aedes aegypti*, envolvendo transmissão entre humanos sem ser necessário regressar para o reservatório selvagem. Os surtos urbanos são particularmente fatais e destruidores e é mais provável que resultem numa propagação internacional.

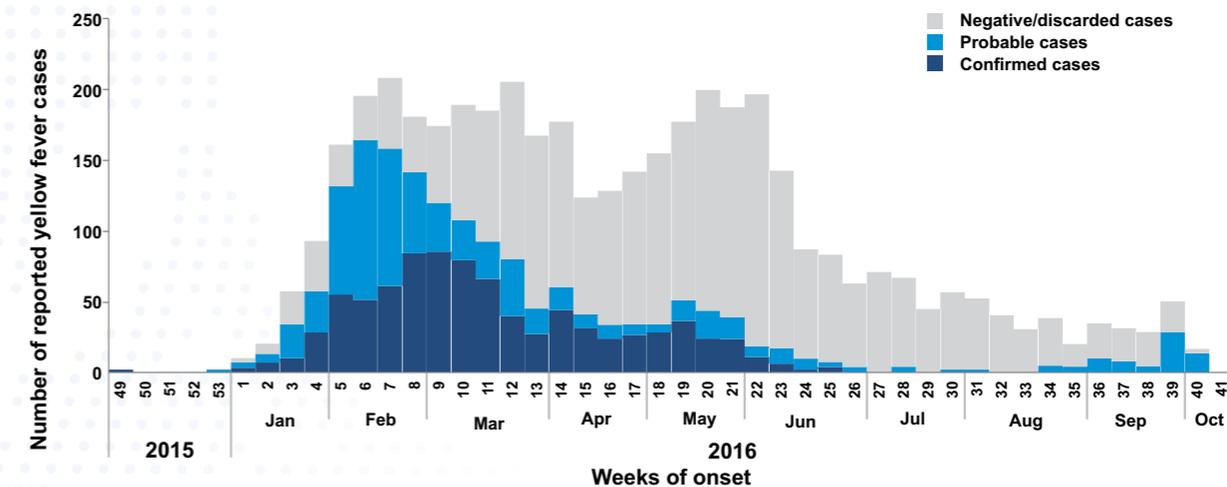
O mundo esqueceu, em grande parte, a ameaça causada pela febre-amarela, mas há pouco mais de um século esta era uma fonte de terror, dizimando as populações das cidades, destruindo economias e sendo responsável pelas escolhas políticas. Apesar da disponibilidade de uma vacina que oferece imunidade para a vida, e das capacidades melhoradas de vigilância e resposta, pelo menos 440 milhões de pessoas na Região Africana permanecem em risco de contrair febre-amarela. Isto acontece porque a cobertura nacional de vacinação para a febre-amarela ainda não é perfeita, resultando em surtos frequentes. Para responder aos surtos recorrentes na África Ocidental, a Iniciativa da Febre-Amarela (IFA) tem, desde 2005, apoiado os esforços para reduzir o fardo desta doença através da avaliação e da vigilância dos riscos; da vacinação e da resposta a surtos; da garantia do abastecimento de vacinas e da monitorização da qualidade e da eficácia das intervenções.⁷ Embora a febre-amarela não possa ser erradicada, as epidemias podem ser eliminadas se os níveis de vacinação da população forem aumentados de forma eficaz através da vacinação em massa e da vacinação infantil de rotina. Os surtos de febre-amarela em Angola e na República Democrática do Congo, em 2016, demonstram claramente que esta doença permanece um risco sério para a saúde dentro e fora da Região.

7 World Health Organization. (2010). Yellow Fever Initiative: providing an opportunity of a lifetime (No. WHO/HSE/GAR/ERI/2010.3). World Health Organization.

Evolução dos surtos de febre-amarela de 2016

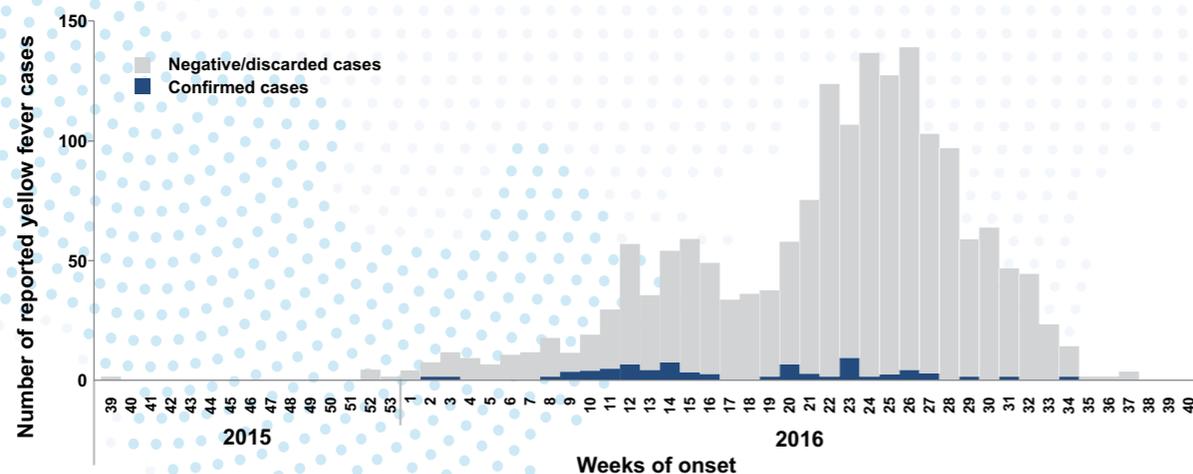
Angola: Em Janeiro de 2016 foram notificados casos de febre-amarela em Angola, primeiro na comunidade eritreia e mais tarde na população local. O surto teve início a 5 de Dezembro de 2015 no município de Viana. A partir daí, propagou-se pelo país até ao país vizinho, a República Democrática do Congo. De 5 de Dezembro de 2015 a 13 de Junho de 2016 foram notificados em Angola um total de 4306 casos suspeitos, com 376 mortes, com uma taxa de casos fatais (TCF) de 8,8% (Figura 1). Estes números incluem 884 casos confirmados em laboratório, com 121 mortes (TCF: 13,7%). Quando o surto foi declarado como terminado, tinham sido notificados casos suspeitos em todas as 18 províncias, enquanto casos confirmados tinham sido notificados em 80 distritos de 16 províncias e a transmissão autóctone tinha sido notificada em 45 distritos de 12 províncias. O último caso confirmado foi notificado em 2019, quando o número de casos prováveis e confirmados notificados tinha diminuído consideravelmente.

Figura 1: Número semanal nacional de casos confirmados, prováveis e negativos de febre-amarela em Angola, de 5 de Dezembro de 2015 a 13 de Outubro de 2016



República Democrática do Congo: A transmissão local de febre-amarela foi documentada a partir de Março de 2016, no Congo Central e em Kinshasa. Esta transmissão local ocorreu após a propagação transfronteiriça do surto a partir de Angola. De 1 de Janeiro a 26 de Outubro de 2016 foram notificados um total de 2987 casos suspeitos em todas as 26 províncias. Destes, 78 casos foram confirmados pelo laboratório nacional de referência (INRB). Dezas seis mortes foram notificadas entre os casos confirmados, levando a uma TCF de 21%. Dos 78 casos confirmados notificados nas oito províncias, 57 foram infecções adquiridas em Angola, 13 eram autóctones e oito eram casos de transmissão selvagem (não relacionados com o surto). No final de Junho de 2016, o número de casos notificados tinha diminuído consideravelmente (Figura 2).

Figura 2: Número semanal nacional de casos confirmados e negativos de febre-amarela na República Democrática do Congo, de 21 de Setembro de 2015 a 26 de Outubro de 2016*



Resposta aos surtos de febre-amarela de 2016 e resultados

De forma a controlar rapidamente o surto, a OMS e os parceiros ofereceram apoio administrativo, técnico, logístico e financeiro aos dois países. De acordo com os requisitos do Quadro para as Respostas de Emergências (ERF), os dois eventos foram classificados como nível dois e foi criado um sistema de gestão de incidentes (SGI) até 48 horas após a classificação. As equipas do SGI coordenaram a resposta geral aos surtos nos dois países, o que levou a uma diminuição acentuada do número de casos confirmados até ao final de Junho de 2016.

As principais estratégias de controlo eram: maior coordenação; vigilância epidemiológica; confirmação laboratorial; intervenções no controlo dos vectores; comunicação dos riscos, mobilização social e envolvimento das comunidades; e gestão dos casos e campanhas de vacinação preventivas/reactivas. Estas estratégias foram facilitadas pela criação de fortes parcerias e da mobilização eficaz dos recursos.

Liderança e apropriação do governo: tanto o governo de Angola como o da República Democrática do Congo devem ser elogiados por declararem imediatamente os surtos, conforme exigido pelo RSI. Os esforços de resposta liderados pelos governos foram apoiados pela OMS e pelos parceiros. Em ambos os países houve um forte compromisso do governo central, das autoridades locais e dos líderes religiosos e tradicionais.

Como parte da estratégia de resposta a surtos, ambos os países criaram uma comissão nacional de resposta liderada pelo ministro da saúde para coordenar a resposta. A comissão reuniu-se semanalmente e incluiu outros departamentos governamentais (educação, interior, administração do território, defesa), agências do sistema das Nações Unidas e outros parceiros bilaterais e multilaterais. Foram criadas várias subcomissões para lidar com problemas técnicos, especificamente: vigilância, investigação e laboratório; vacinação e logística; gestão dos casos; controlo integrado dos vectores; mobilização social; higiene e saneamento. As mesmas estruturas de coordenação foram criadas a nível provincial e municipal com um forte envolvimento dos governadores, presidentes de câmara e comissões locais, como a comissão para a protecção civil em Angola.

Existiu um forte compromisso político para a resposta. Por exemplo, em Angola, o governo alocou 40 milhões de dólares para a resposta, incluindo 30 milhões para a compra de vacinas e 10 milhões para as operações. Em ambos os países, as autoridades administrativas e políticas a todos os níveis foram envolvidas na organização e na realização de campanhas de vacinação reactivas.

Houve uma forte colaboração entre as autoridades sanitárias e os líderes religiosos e tradicionais. As igrejas desempenharam um papel significativo na mobilização social e na comunicação dos riscos. Contribuíram consideravelmente para silenciar a desinformação e dissipar as concepções erradas sobre a doença. As igrejas ajudaram na sensibilização e na mobilização de pessoas para que estas recebessem tratamento apropriado nos hospitais e para que fossem vacinadas. Os líderes tradicionais receberam formação para transmitirem informações e mensagens correctas. Também participaram na notificação de casos suspeitos e de pessoas não vacinadas nos seus círculos e forneceram comida aos agentes envolvidos nas campanhas de vacinação.

Coordenação: foram criadas equipas de gestão de incidentes para coordenarem o apoio à resposta liderada pelos governos. Esta coordenação incluiu ligações funcionais com o mecanismo de coordenação liderado pelo ministério da saúde. Centros de operação de saúde estratégicos, também chamados de centros de operação de emergência, foram criados em ambos os países para coordenarem os esforços de resposta. Foram realizadas reuniões de coordenação regulares, assim como teleconferências regulares, com os níveis regional e mundial.

Vigilância: as definições de casos de febre-amarela e as orientações de vigilância foram revistas nos países afectados e foram introduzidos mecanismos de notificação diária. Os profissionais de saúde e os voluntários das comunidades foram formados na detecção e na notificação de casos, assim como na colheita e no transporte de amostras para os laboratórios de referência. Foram criadas comissões de classificação de casos para a classificação final dos casos. Foi fornecido apoio técnico através da mobilização de epidemiologistas internacionais e nacionais competentes para os distritos de saúde afectados. Foram desenvolvidos e distribuídos regularmente relatórios da situação, relatórios de investigação, comunicados e outros produtos de informação.

Confirmação laboratorial: a confirmação laboratorial desempenha um papel fundamental na gestão de surtos. A capacidade dos laboratórios nacionais de referência em ambos os países foi reforçada através do desenvolvimento de laboratórios móveis. Foram mobilizados peritos de laboratório para apoiarem o laboratório nacional de referência. A reserva de reagentes foi reabastecida regularmente para evitar rupturas de stock e os resultados de laboratório foram comunicados diariamente para tomadas de decisão rápidas.

Intervenções para o controlo dos vectores: com base nos índices entomológicos nos dois países, foram desenvolvidos e implementados estratégias de controlo dos vectores e planos de acção. As principais acções incluíam pulverização de insecticida, destruição dos locais de reprodução dos mosquitos, gestão ambiental e saneamento.

Comunicação dos riscos, mobilização social e envolvimento da comunidade: foram desenvolvidos e implementados planos de acção de comunicação nos dois países. Os peritos na comunicação dos riscos foram enviados para os países afectados para gerirem a comunicação com os meios de comunicação e para implementarem abordagens interpessoais.

Gestão dos casos: as orientações para a gestão dos casos foram actualizadas e distribuídas. Certos hospitais foram identificados e designados para realizarem a gestão dos casos. Foram criados mecanismos para o transporte de doentes para os hospitais designados. Foram disponibilizados medicamentos e tomadas outras medidas logísticas para a gestão dos casos.

Campanhas de vacinação preventivas/reactivas: vacinação reactiva (campanhas de vacinação realizadas quando um surto foi declarado) e actividades de vacinação preventiva em massa (em áreas sem surtos declarados) foram uma das principais componentes nos esforços de controlo dos surtos. Mais de 29,4 milhões de doses de vacinas foram distribuídas, respectivamente, em Angola e na República Democrática do Congo. Em Angola, foram realizadas campanhas de vacinação reactiva/preventiva com doses totais em 73 distritos, com um número cumulativo de 16 002 820 pessoas vacinadas, representando 95% da população-alvo.

Uso inovador de vacinas: devido ao abastecimento limitado de vacinas a nível mundial, a OMS consultou peritos mundiais sobre o uso de emergência de uma dose fraccionada da vacina da febre-amarela. Esta situação teve como base estudos que mostraram que um quinto da dose padrão iria fornecer imunidade durante um ano ou mais.

A abordagem da dose fraccionada foi utilizada para conter o surto em Kinshasa (com uma população de 10 milhões de pessoas) antes do aumento antecipado de mosquitos devido à estação chuvosa. Foram realizadas campanhas reactivas com doses totais em 31 zonas sanitárias, enquanto campanhas preventivas com doses fraccionadas (um quinto da dose normal) foram realizadas em 32 zonas sanitárias em Kinshasa em menos de duas semanas. O pessoal do programa contra a poliomielite foi rapidamente redistribuído para realizar vacinação contra a febre-amarela.

O principal resultado das medidas referidas anteriormente foi uma rápida diminuição nos casos, a mitigação e prevenção de um surto urbano iminente em Kinshasa e, em última instância, a declaração do surto como controlado.

Lições aprendidas

Os surtos de 2016 em Angola e na República Democrática do Congo foram os maiores surtos de febre-amarela no passado recente. O surto em Angola foi prolongado, com uma enorme propagação geográfica a partir do epicentro inicial em Luanda. O surto propagou-se a 123 distritos em 18 províncias, com 884 casos confirmados em laboratório, incluindo 121 mortes (13,7% de taxa de casos fatais).⁸ Os casos angolanos propagaram-se à República Democrática do Congo, ao Quênia e à China, com transmissão local a ocorrer na República Democrática do Congo. Isto demonstra que a febre-amarela é um problema mundial com um risco sério para a segurança sanitária, necessitando novas acções estratégicas.

Os surtos salientaram a necessidade urgente para o reforço dos sistemas de vigilância, com uma forte componente de monitorização de rumores, vigilância baseada em eventos, vigilância comunitária e mecanismos de alerta precoce. Os surtos também realçaram a necessidade para o reforço do RSI na Região Africana, assim como a necessidade para uma estratégia com vista a eliminar as epidemias de febre-amarela.

⁸ WHO, Yellow Fever Outbreak Situation Report, Angola, World Health Organization, December 2016

As principais lições aprendidas foram:

A baixa cobertura de vacinação deve ser abordada para melhorar a imunidade da população: a limitação da vacinação de rotina a crianças com menos de 11 meses e a relutância dos prestadores de cuidados de saúde em abrir um frasco com 10 ou 20 doses para uma única criança permanecem dois dos principais desafios. Além disso, é sempre dada prioridade ao abastecimento de vacinas na resposta a surtos e não na sua prevenção. Como consequência, a cobertura da vacinação infantil é demasiado baixa para a manutenção de uma imunidade de grupo suficiente. Devido a prioridades de introdução de vacinas opostas e à vontade política limitada, desde 2008 que nenhum país novo introduziu a vacina da febre-amarela nos programas de vacinação de rotina. Todos os esforços devem ser realizados para aumentar a cobertura da vacinação infantil para a febre-amarela, de modo a manter imunidade suficiente.

O abastecimento limitado de vacinas e a escassez mundial das reservas de emergência devem ser abordados: entre 2013 e 2015, quinze países entre os 23 que introduziram a vacina da febre-amarela nos seus programas de vacinação de rotina notificaram rupturas de stock da vacina da febre-amarela a nível nacional. Como consequência, a cobertura da vacina estagnou. Antes da epidemia em Angola e na República Democrática do Congo, apenas seis milhões de doses eram reservadas todos os anos para emergências e respostas a surtos de febre-amarela. Em 2016, as reservas de emergência de vacinas da febre-amarela foram reabastecidas duas vezes e ultrapassaram as 18 milhões de doses para permitir o controlo de surtos em Angola, na República Democrática do Congo e no Uganda. Para alcançar um controlo eficaz da febre-amarela, a procura e o abastecimento devem ser equilibrados para permitir uma estratégia de redução de riscos atempada e eficaz. Isto irá necessitar um compromisso sustentado das partes interessadas, assim como mecanismos robustos para a previsão de necessidades e para a influência do mercado.



São necessárias uma governação e uma coordenação mundiais mais fortes através da implementação eficaz do RSI: os requisitos da vacinação da febre-amarela estão claramente indicados no RSI (2005), mas não estão a ser totalmente implementados.⁹ Os esforços já realizados para controlar a febre-amarela não estavam suficientemente alinhados e não conseguiram aproximar os parceiros sob uma visão comum e sob um único mecanismo coordenado e eficaz. As funções fundamentais, como a vigilância, a capacidade laboratorial e a gestão dos casos muitas vezes carecem uma abordagem integrada. Apesar da existência de redes nacionais de laboratório que utilizam métodos e ferramentas normalizados para a detecção precoce e para a confirmação, a capacidade laboratorial inadequada permanece um desafio. Uma forte governação participativa, recursos humanos adequados e um financiamento sustentável a todos os níveis serão fundamentais para eliminar as epidemias de febre-amarela.

Os surtos de febre-amarela nos contextos urbanos requerem uma atenção especial: a urbanização rápida e não planeada, o crescimento elevado da população, a baixa imunidade de grupo na população, juntamente com as deslocações frequentes de pessoas de e para áreas afectadas, criam condições que aumentam a transmissibilidade da febre-amarela. Responder a surtos em grandes contextos urbanos é um desafio e é dispendioso devido à sua rápida amplificação e ao risco de propagação internacional, resultando num impacto negativo elevado na saúde pública, na economia, na sociedade e na política.

É necessário um forte compromisso político a nível mundial, regional e nacional: nos países com o maior risco de contraírem epidemias de febre-amarela é essencial que a liderança se comprometa a prevenir e a responder a surtos. As campanhas e as estratégias apenas podem resultar se a apropriação do país for genuína. Sempre que estratégias de saúde pública, incluindo vacinação, têm sucesso, tal ocorre principalmente porque as pessoas locais trabalharam arduamente para melhorar a saúde das suas comunidades e estão comprometidas em melhorar a saúde da nação.

⁹ OMS, Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) na Região Africana, Luanda, Organização Mundial da Saúde, 2012 (AFR/RC62/12)



3. PERSPECTIVAS FUTURAS

Os surtos de febre-amarela em Angola e na República Democrática do Congo, em 2016, criaram uma necessidade urgente para mais de 28 milhões de doses de vacina no total, o que esgotou o abastecimento mundial. Os surtos também desviaram o foco das autoridades de saúde pública e tiveram impacto nos sistemas de saúde em ambos os países. A exportação internacional mais ampla de Angola para outros países, incluindo a China, mostrou que a febre-amarela representa uma séria ameaça mundial que necessita de um novo pensamento estratégico.

Após estes surtos foi desenvolvida uma *Estratégia Mundial para Eliminar as Epidemias de Febre-Amarela (EYE)*, 2017-2026, por parte da OMS e de uma coligação de parceiros, incluindo o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a GAVI, a Aliança das Vacinas. Esta estratégia considera a epidemiologia variável da febre-amarela, o ressurgimento de mosquitos e o maior risco de surtos urbanos e da propagação internacional. A estratégia visa os países mais vulneráveis, ao mesmo tempo que analisa os riscos mundiais, reforça a resistência nos centros urbanos e a preparação em áreas com potencial para surtos e garante abastecimentos de vacinas fiáveis. Os objectivos da estratégia são: proteger as populações em risco; prevenir a propagação internacional; e conter rapidamente os surtos.

Fundamental para alcançar os objectivos da EYE é uma vigilância e uma capacidade de diagnóstico fortes e centradas no país para detectar rapidamente todos os casos de febre-amarela. A África é uma Região prioritária, possuindo 27 países com um risco elevado de contraírem surtos de febre-amarela. Os diagnósticos de febre-amarela são complexos e requerem pessoal e protocolos altamente especializados.¹⁰ Actualmente existe um número limitado de laboratórios em África que conseguem diagnosticar de forma conclusiva a febre-amarela. No entanto, os esforços para melhorar a disponibilidade de testes de diagnóstico da febre-amarela são contínuos, especialmente nos países de risco elevado. As principais áreas de trabalho incluem o reforço dos sistemas de informação, o transporte eficiente de amostras e redes laboratoriais coordenadas para garantir que os sinais de surtos podem ser rapidamente avaliados. Estas funções também possuem benefícios transversais a outras doenças infecciosas com potencial epidémico.

⁹ OMS, Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) na Região Africana, Luanda, Organização Mundial da Saúde, 2012 (AFR/RC62/12)



O Comité Regional da OMS para a África aprovou, em 2017, um quadro para apoiar a implementação da estratégia mundial EYE. Com a visão de uma região livre de epidemias de febre-amarela, o objectivo é eliminar as epidemias de febre-amarela na Região Africana até 2026. Os seus objectivos são: proteger as populações de todos os 35 países em risco através da vacinação preventiva e de rotina; prevenir a propagação internacional da febre-amarela através da vacinação dos viajantes e de medidas robustas de rastreio e de vacinação nos principais pontos de entrada para as pessoas que não estão vacinadas; e detectar, confirmar e conter rapidamente os surtos.

Orientado pelo quadro, o Secretariado da OMS na Região Africana está a apoiar os Estados-Membros através de: realização de avaliações de risco e de campanhas de recuperação vacinal; aplicação do RSI (2005); vacinar todas as pessoas nas zonas ou países com risco elevado de febre-amarela; melhorar a vacinação de rotina e vacinar todas as crianças; proteger os profissionais de alto risco; construir centros urbanos resilientes e definir planos de prontidão; manter a vigilância de vectores e programas de controlo nas cidades; reforçar a vigilância e o diagnóstico para a detecção precoce; criar redes regionais e sub-regionais; e incentivar uma rápida resposta a surtos. O Secretariado irá intensificar o seu trabalho com todos os países em risco, com vista a garantir que a Região Africana da OMS fica livre de futuras epidemias de febre-amarela.



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