



**COMITÉ REGIONAL AFRICANO**

**ORIGINAL: INGLÊS**

Sexagésima sessão

Malabo, Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro de 2010

Ponto 7.10 da ordem do dia provisória

**EPIDEMIAS RECORRENTES NA REGIÃO AFRICANA DA OMS:  
ANÁLISE DA SITUAÇÃO, PREPARAÇÃO E RESPOSTA**

**Relatório do Director Regional**

**ÍNDICE**

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES .....	1–7
PROBLEMAS E DESAFIOS .....	8–14
ACÇÕES PROPOSTAS .....	15–26

## ANTECEDENTES

1. Os países da Região Africana da OMS continuam a ser afectados por epidemias recorrentes de cólera, paludismo, meningite, sarampo e zoonoses, incluindo as febres hemorrágicas virais, a peste e a febre do dengue. As epidemias exercem um impacto significativo sobre a saúde e o desenvolvimento económico na Região. Por exemplo, em 2007, alguns países africanos sofreram perdas económicas de 60 milhões de dólares americanos como consequência da cólera<sup>1</sup>.
2. As condições que favorecem as epidemias recorrentes continuam a prevalecer na maioria dos Estados-Membros da Região. O inadequado acesso à água potável e ao saneamento, as condições sanitárias subjacentes, a fraca sensibilização do público para os riscos sanitários prevalentes, bem como a fragilidade dos sistemas de saúde e as suas capacidades limitadas de detecção atempada e de resposta às epidemias, todos eles contribuem para a sua frequência e gravidade. As complexas interações entre os seres humanos e os animais em África, podem constituir um grave risco para a saúde pública, uma vez que a maioria das doenças infecciosas emergentes e reemergentes têm origem em animais. As zoonoses como a Ébola, febre de Marburgo, *lujo arenavirus*, peste, febre amarela e gripe das aves H5N1 são exemplos de doenças que assolaram a Região Africana nos últimos anos.
3. As epidemias associadas à elevada morbilidade e mortalidade ocorrem frequentemente em grandes áreas geográficas. Por exemplo, entre 2004 e 2008, 13 países notificaram um total de 170 927 casos de meningite<sup>2</sup>, 44 países notificaram um total de 749 713 casos de sarampo<sup>3</sup> e 41 países um total de 691 290 casos de cólera<sup>4</sup>. Epidemias recorrentes de cólera, meningite e sarampo foram notificadas por numerosos países<sup>5</sup>. A taxa de letalidade (CFR) atingiu 5% ou mais durante alguns surtos de cólera, 10% ou mais durante certas epidemias de meningite e mais de 60% durante a maioria dos surtos de Ébola e febre de Marburgo<sup>6</sup>.
4. Em 2009, todos os 46 Estados-Membros da Região notificaram, pelo menos, uma doença epidémica: 33 países<sup>7</sup> notificaram a gripe pandémica A (H1N1), 20 países<sup>8</sup> notificaram cólera, sete países<sup>9</sup> notificaram meningite, e o Malawi e Moçambique notificaram febre tifóide. A cintura da meningite abrange mais de 21 países<sup>10</sup>, com um total de 495 milhões de habitantes em alto risco de epidemia durante a estação da meningite (Outubro a Maio). Durante a estação da meningite de 2009, foram notificados 81 283 casos e 4 473 óbitos (CFR = 5,5%) por 14 países<sup>11</sup> na cintura da meningite.

---

<sup>1</sup> Kirigia JM et al. Economic burden of cholera in the WHO African Region. *BioMed Central International Health and Human Rights*, 2009, 9:8.

<sup>2</sup> WHO, Multi-Disease Surveillance Centre, Ouagadougou, Burkina Faso,

<http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/epidemiological/en/index.html> (last accessed 30/03/10).

<sup>3</sup> [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencemea.htm](http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencemea.htm) (last accessed 30/03/10).

<sup>4</sup> WHO Global Health Atlas, <http://apps.who.int/globalatlas> (last accessed 31/03/10).

<sup>5</sup> **Cólera**, onze países: Angola, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Libéria, Moçambique, Nigéria, Senegal, Tanzânia, Uganda, Zâmbia. **Meningite**, 10 países: Burkina Faso, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Mali, Níger, Nigéria. **Sarampo**, 10 países: Argélia, Chade, República Democrática do Congo, Guiné-Bissau, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Tanzânia e Uganda.

<sup>6</sup> WHO Global Health Atlas, <http://apps.who.int/csr/disease/meningococcal/epidemiological/en/index.html>

<sup>7</sup> WHO African Region situation updates: pandemic influenza A (H1N1), update 74, <http://www.afro.who.int/en/pandemic-influenza-h1n1-2009/situation-updates.html>.

<sup>8</sup> Angola, Benim, Burundi, Camarões, República do Congo, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Libéria, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

<sup>9</sup> Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, República Democrática do Congo, Níger e Nigéria.

<sup>10</sup> Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Senegal, Sudão, Togo e Uganda.

<sup>11</sup> Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia e Mali.

5. Os já por si frágeis sistemas de saúde dos países assolados por epidemias recorrentes sofrem quando os recursos financeiros, humanos e logísticos são ainda mais desviados para a resposta às epidemias. Os serviços de saúde de rotina são frequentemente afectados durante as epidemias, porque a prioridade é transferida para as actividades de resposta às mesmas. Por exemplo, durante as recentes epidemias de Ébola e de Marburgo, foram suspensos os serviços clínicos ambulatoriais, pré-natais, da tuberculose e do VIH/SIDA<sup>12</sup>.

6. A preparação e resposta às epidemias melhoraram desde 1993, quando os Estados-Membros foram exortados a reforçar a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis ao nível distrital<sup>13</sup>. Esse reforço foi ainda aumentado pela adopção da Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças (IDSR)<sup>14</sup>, em 1998, e do Regulamento Sanitário Internacional (IHR 2005)<sup>15</sup>, que entrou em vigor em Junho de 2007. No entanto, os sistemas nacionais de vigilância continuam inadequados enquanto sistemas de alerta precoce para a detecção atempada de eventos sanitários invulgares, com potencial epidémico.

7. O presente documento foi preparado em resposta a uma solicitação feita durante a quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano<sup>16</sup>. Salienta os problemas e os desafios relacionados com as epidemias recorrentes na Região e propõe acções concretas para melhorar a capacidade nacional de preparação e de resposta às epidemias e pandemias.

## PROBLEMAS E DESAFIOS

8. Tem-se registado uma notável melhoria das capacidades nacionais e regionais para a detecção precoce, confirmação e caracterização das ameaças epidémicas e pandémicas, após a adopção da Estratégia IDSR e do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Porém, a maioria dos países não realizaram avaliações abrangentes dos riscos, para facilitar a identificação das populações e as áreas geográficas em risco de epidemia. Até hoje, foram realizadas avaliações dos riscos para a febre amarela em 11 países<sup>17</sup>. Os Estados-Membros têm de desenvolver as capacidades técnicas necessárias para acelerar as actividades de avaliação dos riscos. Nem sempre as comunidades estão sensibilizadas para os riscos das doenças locais mais comuns e para os factores de risco que lhe estão associados. As estratégias de comunicação existentes são quase sempre inadequadas para sensibilizar as comunidades para os riscos sanitários e comportamentos que poderiam reduzir esses riscos para a saúde.

---

<sup>12</sup> Okware SI et al. An outbreak of Ebola in Uganda. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 12:1068-75; WHO, End of Ebola outbreak in Uganda, 20 February 2008, [http://www.who.int/csr/don/2007\\_02\\_20b/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2007_02_20b/en/index.html) (last accessed 28/03/10); Roddy P et al. Decreased peripheral health service utilization during an outbreak of Marburg haemorrhagic fever, Uíge, Angola, 2005. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2009, 103(2):200-2. Epub 5 October 2008.

<sup>13</sup> Resolução AFR/RC43/R7: Vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis ao nível distrital. In: *Quadragesima Terceira sessão do Comité Regional Africano da OMS, Gaborone, Botsuana, 1-8 Setembro de 1993, relatório final*. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 1993 (AFR/RC43/27), pp. 15-16.

<sup>14</sup> Resolução AFR/RC48/R2: Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia Regional para as doenças transmissíveis. In: *Quadragesima oitava sessão do Comité Regional Africano da OMS, Harare, Zimbabué, 31 de Agosto-4 de Setembro de 1998, relatório final*. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 1998 (AFR/RC48/15), pp. 5-6.

<sup>15</sup> WHO, Resolution WHA58.3, International Health Regulations (2005). In: *Fifty-eighth World Health Assembly*, Geneva, Switzerland, 21-23 May 2005.

<sup>16</sup> Resolução AFR/RC59/R5: Reforçar a preparação e resposta aos surtos na Região Africana, no contexto da actual pandemia de gripe. In: *Quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS, Kigali, Ruanda, 31 de Agosto-4 de Setembro de 2009, relatório final*. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2009 (AFR/RC59/19), pp. 14-16.

<sup>17</sup> Benim, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Libéria, Mali, Nigéria, Senegal e Serra Leoa.

9. Todos os 46 Estados-Membros da Região Africana da OMS possuem sistemas de vigilância capazes de detectar epidemias, mas que são incapazes de funcionar como sistemas de alerta precoce. Na maioria das epidemias, o período de tempo decorrido entre a detecção do caso e a notificação é superior às 24 horas recomendadas<sup>18</sup>. As razões para esse facto incluem a insuficiente vigilância com base nas comunidades, o baixo índice de suspeita entre o pessoal de saúde, o inadequado equipamento laboratorial e as redes de transferência ao nível local, bem como a fragilidade dos sistemas de comunicação e de notificação das doenças<sup>19</sup>.

10. As ligações e a colaboração entre os sectores da saúde humana e animal, necessárias para uma abordagem abrangente às zoonoses, continuam frágeis, tanto ao nível regional como no seio dos Estados-Membros. Para além disso, há um grande desconhecimento e falta de compreensão acerca da inter-relação pessoas-animais, relativamente à transmissão de certas zoonoses emergentes, como a Ébola, a febre de Marburgo e a gripe. A ameaça da gripe das aves H5N1 revelou a ausência de estruturas multissetoriais de coordenação. As comissões nacionais e distritais para a gestão das epidemias não integram habitualmente peritos técnicos dos sectores da agricultura, vida selvagem, ambiente ou veterinária; também não há sistemas de partilha de informação sobre a vigilância de rotina das doenças ou sobre as actividades conjuntas de preparação e resposta relativamente à saúde animal e humana.

11. O intercâmbio transfronteiriço de dados epidemiológicos e as respostas aos surtos melhoraram após a iniciativa por parte de Estados-Membros com perfis epidemiológicos semelhantes de criarem protocolos de colaboração interpaíses. O Escritório Regional Africano da OMS apoiou a implementação de protocolos de colaboração interpaíses, através da criação de equipas sub-regionais de apoio técnico, para prestarem ajuda na preparação e resposta às epidemias. Por exemplo, os países da cintura da meningite estão actualmente a implementar uma intensa vigilância à doença e a partilhar semanalmente informação para monitorizar as tendências; realizam-se todos os anos reuniões interpaíses para troca de experiências, desafios e lições aprendidas. No entanto, as abordagens coordenadas interpaíses e as respostas abrangentes a todas as potenciais epidemias são ainda inadequadas. Por exemplo, as reuniões entre países fronteiriços para planear actividades conjuntas não estão previstas nos planos nacionais de preparação e resposta e não se realizam com regularidade.

12. A resposta atempada às epidemias requer recursos suficientes e planos abrangentes. Embora todos os 46 países da Região possuam planos de preparação e resposta à pandemia da gripe e 26 países possuam um ou mais planos específicos de doenças<sup>20</sup>, apenas 16 países consolidaram planos de preparação e resposta às epidemias que cobrem múltiplas doenças prioritárias. Só menos de 20% dos países são capazes de manter equipas operacionais para uma rápida resposta às epidemias, bem como *stocks* de emergência de produtos necessários a uma resposta às epidemias<sup>21</sup>. A preparação e resposta a doenças de potencial epidémico, a todos os níveis, são seriamente limitadas pela falta de recursos financeiros adequados.

---

<sup>18</sup> WHO/CDC. Technical guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response in the African Region. Geneva, World Health Organization and Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta), 2008.

<sup>19</sup> Grais RF et al. Time is of the essence: exploring a measles outbreak response vaccination in Niamey, Níger. *Journal of the Royal Society Interface*, 2008, 5:67–74.

<sup>20</sup> WHO. Regional conference on pandemic influenza A (H1N1) 2009, Johannesburg, África do Sul, 11–13 August 2009, final report, <http://www.afro.who.int>. (last accessed 01/04/10).

<sup>21</sup> WHO. Situation analysis of Communicable Disease Surveillance and Response Programme. Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, 2008.

13. A capacidade de resposta das unidades de cuidados de saúde e do nível comunitário tem melhorado quando há actividades em curso para reforçar a sensibilização e a participação das comunidades em comportamentos seguros relacionados com a higiene pessoal e comunitária<sup>22</sup>. Do mesmo modo, a resposta tem melhorado onde o pessoal de cuidados de saúde, os agentes comunitários de saúde, os voluntários e outros parceiros nas comunidades de risco receberam formação em detecção e tratamento de casos de doenças de potencial epidémico a nível local. Contudo, a capacidade de resposta é limitada ao nível local na maioria dos países, devido à falta de sensibilização e a produtos inadequados.

14. Alguns dos factores subjacentes associados a epidemias recorrentes são gerais e inscrevem-se fora do âmbito do sector da saúde. As alterações ecológicas, ambientais e socioeconómicas tendem a agravar os factores negativos. O acesso inadequado à água potável e ao saneamento, as estações prolongadas de chuva ou de seca, assim como as deslocações da população, associadas a catástrofes naturais ou provocadas pelo homem, contribuem para a frequência e para a gravidade das epidemias. Em última análise, só o aumento do investimento financeiro na subida do nível de vida das pessoas poderá reduzir a ocorrência das epidemias. São essenciais parcerias fortes e a participação das comunidades para o sucesso das acções preventivas.

### **ACÇÕES PROPOSTAS**

15. Os Estados-Membros são encorajados a analisar as seguintes acções propostas de melhoria das capacidades para preparar e dar resposta às epidemias. Propõem-se recomendações específicas para melhorar a detecção e a confirmação das ameaças de epidemias, assim como a sua prevenção e controlo.

#### **Detecção precoce, confirmação e caracterização de ameaças epidémicas e pandémicas**

16. Realizar avaliações dos riscos para identificar as populações e as áreas geográficas de risco de doenças relevantes de potencial epidémico. Deverão ser levadas a cabo análises multissetoriais, para caracterizar riscos específicos (ou seja, vectores da doença, água e saneamento inadequados, comportamentos de risco), de modo a facilitar o planeamento da prevenção da doença e a preparação e resposta às epidemias.

17. Criar ou reforçar sistemas de alerta precoce para detectar doenças potencialmente epidémicas. Os sistemas de alerta precoce deverão ser incluídos em actividades nacionais de vigilância integrada das doenças a todos os níveis. Os sistemas de vigilância de base comunitária mantidos por agentes comunitários de saúde deverão ser apoiados e ligados aos sistemas nacionais de vigilância e de alerta precoce. Os Estados-Membros terão de melhorar urgentemente sistemas e processos, quer de notificação imediata quer de notificação semanal das doenças potencialmente epidémicas, especialmente ao nível local, através de mecanismos melhorados de comunicação (p. ex., transferência de dados através de telemóvel). Deverão ainda garantir que todos os níveis das redes de laboratórios nacionais se encontram operacionais e cumprem todos os padrões de referência<sup>23</sup>.

18. Adoptar a abordagem “um só mundo, uma só saúde” à prevenção e controlo das zoonoses. A colaboração entre os sectores da saúde humana e da saúde animal terá de ser reforçada para uma melhor compreensão da interface pessoa-animal na transmissão de zoonoses. Especificamente, os grupos de acção nacionais e distritais deverão integrar peritos técnicos das disciplinas de saúde

<sup>22</sup> <http://www.afro.who.int/en/divisions-a-programmes/ddc/protection-of-the-human-environment/programme-components/water-sanitation-and-hygiene.html> (last accessed 01/04/10).

<sup>23</sup> WHO/CDC. Technical guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response in the African Region. Geneva, World Health Organization and Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta), 2008.

animal, agricultura, ambiente e saúde humana, para criar mecanismos de partilha da informação de rotina sobre vigilância das doenças e para coordenar actividades conjuntas de preparação e resposta.

### **Prevenção das epidemias**

19. Investir na saúde ambiental para melhorar o acesso a água potável e saneamento adequado, promover uma boa higiene comunitária e pessoal e implementar medidas de controlo dos vectores, para melhorar a prevenção e o controlo das doenças transmissíveis. Deverão ser reforçados mecanismos para parcerias fortes, a nível nacional.

20. Alargar as actividades de promoção da saúde para as doenças de potencial epidémico, em colaboração com os programas existentes de promoção da saúde e de educação para a higiene. Os níveis nacional, provincial e distrital deverão auxiliar as comunidades a planear e implementar medidas práticas de redução dos riscos, incluindo uma melhor saúde ambiental, água potável e saneamento, higiene dos alimentos, controlo dos vectores e higiene pessoal.

21. Realizar investigação para identificar factores ambientais, ecológicos, climáticos, socioeconómicos e culturais que facilitam a emergência e a transmissão das doenças de potencial epidémico. Dever-se-ão explorar os factores do hospedeiro que afectam o impacto e a disseminação de epidemias, incluindo a imunossupressão (p.ex., VIH/SIDA, malnutrição) e a resistência antimicrobiana.

### **Capacidade de preparação e resposta às epidemias**

22. Criar no país comissões multisectoriais funcionais para a gestão das epidemias, com responsabilidades para preparar e coordenar as respectivas respostas. Estas comissões deverão actualizar os planos nacionais consolidados de preparação e resposta às epidemias, que incluam planos específicos de doenças e procedimentos-padrão de funcionamento. Os Estados-Membros são encorajados a criar e apoiar mecanismos semelhantes aos níveis provincial e distrital. Os parceiros devem ser incorporados nas comissões de gestão das epidemias.

23. Realizar formação para o pessoal de saúde, incluindo cursos de actualização, em gestão das doenças de potencial epidémico, bem como em prevenção e controlo das infecções. Criar e manter equipas de resposta rápida às epidemias, ao nível nacional, provincial e distrital, e formar essas equipas em investigação e resposta aos surtos, incluindo o uso de exercícios de simulação. Os Estados-Membros deverão celebrar acordos administrativos para uma rápida mobilização e apoio.

24. Melhorar as capacidades para uma rápida resposta, disponibilizando antecipadamente *stocks* de contingência de produtos essenciais, equipamento, vacinas, material de diagnóstico e tratamento, aos níveis nacional, provincial e distrital. Fornecer os recursos financeiros suficientes para apoiar as actividades de resposta.

25. Organizar regularmente reuniões interpaíses, para debater e implementação de protocolos conjuntos de cooperação para o controlo das epidemias. Os Estados-Membros são encorajados a reforçar as comunicações com os países vizinhos, de forma a melhorar a partilha da informação sobre as doenças transmissíveis.

26. O Comité Regional é convidado a analisar este documento e a adoptar as acções propostas.