ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADA ÀS DOENÇAS NA REGIÃO AFRICANA DA OMS

TERCEIRA EDIÇÃO

BROCHURA CINCO: SECÇÃO 10

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL para a África

Este manual inclui a secção seguinte sobre as Orientações Técnicas para a Vigilância e Resposta Integrada às Doenças:

Secção 10: Adaptação da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID) às situações de Emergência ou aos Sistemas de Saúde Frágeis

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA A VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADA ÀS DOENÇAS NA REGIÃO AFRICANA DA OMS

TERCEIRA EDIÇÃO

BROCHURA CINCO: SECÇÃO 10

MARÇO DE 2019

World Health Organization
Regional Office for Africa
WHO Health Emergency Programme
Brazzaville, Republic of Congo

Centers for Disease Control and Prevention
Center for Global Health
Division of Public Health Systems and Workforce Development
Atlanta, Georgia, USA

Orientações técnicas para avigilância e resposta integrada às doenças na Região Africana da OMS — Brochura Cinco: Secção 10

WHO/AF/WHE/15/2019

© Escritório Regional da OMS para a África e UNICEF, 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. Orientações técnicas para avigilância e resposta integrada às doenças na Região Africana da OMS — Brochura Cinco: Secção 10. 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 impressão: Escritório Regional da OMS para a África, República do Congo

ÍNDICE

ABREVIATURAS iv

PREFÁCIO vi

AGRADECIMENTOS ix

SECÇÃO 10: ADAPTAÇÃO DA VRID ÀS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA OU AOS SISTEMAS DE SAÚDE FRÁGEIS 1

10. INTRODUÇÃO 1

10.1 O Sistema de informação sanitária em situações de emergência 1

10.2 Alerta precoce e resposta 2

10.3 Implementação da VRID nas emergências humanitárias 4

10.4 Vários intervenientes na promoção da VRID para melhorar o alerta precoce e a resposta 5

10.5 Principais estruturas e instrumentos a serem criados durante uma crise humanitária grave 6

10.6 Estratégia de saída 13

10.7 Referências 13

ABREVIATURAS

ACS	Assistentes Comunitários de Saúde
AEC	Avaliação Externa Conjunta
AFRO	Escritório Regional da OMS para a África
APA	Avaliações Pós Acção
AV	Acidente de Viação
CCD	Centros de Prevenção e Controlo de Doenças
CGESP	Comissão de Gestão de Emergências de Saúde Pública
CIS	Comité Internacional de Salvamento
CNVCT	Comité Nacional de Vigilância e Coordenação Técnica
COE	Centro de Operações de Emergência
CS	Centros de Saúde
DAA	Diarreia Aquosa Aguda
DPCD	Departamento de Prevenção e Controlo de Doenças
DVE	Doença por Vírus Ébola
EAPV	Eventos Adversos Pós-Vacinação
EDS	Equipa Distrital de Saúde
EMS	Equipa Municipal de Saúde
EPP	Equipamento de Protecção Pessoal
ERR	Equipa de Resposta Rápida
eSAPD	Sistema Electrónico de Alerta Precoce de Doenças
ESP	Eventos de Saúde Pública
ESPDI	Emergência de Saúde Pública de Dimensão Internacional
FDD	Funcionário Distrital de Diagnóstico
FDS	Funcionário Distrital de Saúde
FDV	Funcionário Distrital de Vigilância
FMD	Funcionário Municipal de Diagnóstico
FMS	Funcionário Municipal de Saúde
FMV	Funcionário Municipal de Vigilância
FPS	Funcionário de Promoção da Saúde
GRC	Gestão de Riscos de Catástrofe
HMER	Sistemas de Gestão da Informação Sanitária, Monitorização e Avaliação e Unidades de Investigação
IEC	Informação, Educação e Comunicação
ILESIG	Instituto Liberiano de Estatísticas e Serviços de Informação Geográfica
IMC	International Medical Corps
MdA	Ministério da Agricultura
MdS	Ministério da Saúde
MR	Multirresistente

MTI	Medical Teams International
OIC	Funcionário Responsável
OIM	Organização Internacional para as Migrações
ONG	Organização Não-Governamental
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PCI	Prevenção e Controlo de Infecções
PCI	Project Concern International
PdE	Pontos de Entrada
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PFV	Ponto Focal de Vigilância
PRE	Preparação e Resposta a Emergências
PS	Profissionais de Saúde
QMA	Quadro de Monitorização e Avaliação
RSI 2005	Regulamento Sanitário Internacional (2005)
SCI	Save the Children International
SDIS2	Sistema Distrital de Informação Sanitária, 2ª Versão
SGI	Sistema de Gestão de Incidentes
SGIS	Sistema de Gestão da Informação Sanitária
SIC	Sistema de Informação Comunitária
SIMEX	Exercício de Simulação
SMI	Saúde Materno-Infantil
SRAS	Síndrome Respiratória Aguda Severa
SSSC	Supervisor dos Serviços de Saúde Comunitária
TL	Taxa de Letalidade
TNN	Tétano Neonatal
VC	Vigilância Comunitária
VBO	Vigilância Baseada em Ocorrências
VBI	Vigilância Baseada em Indicadores
VCBO	Vigilância Comunitária Baseada em Ocorrências
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
VRID	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
VSC	Voluntário de Saúde Comunitária
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
FENUC	Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças
VHF	Febre Hemorrágica Viral
OMS	Organização Mundial da Saúde
MR	Multirresistente

PREFÁCIO

Durante mais de 20 anos, o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para África trabalhou com parceiros técnicos para desenvolver e implementar sistemas abrangentes de vigilância e resposta em saúde pública nos países.

A primeira edição das orientações técnicas da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID) (2002) foi amplamente adoptada e adaptada pelos Estados Membros na Região. A segunda edição (2010) respondeu aos principais desenvolvimentos, incluindo a revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005), o surgimento de novas doenças, patologias e ocorrências e a formulação de estratégias para a gestão de riscos de catástrofes. As doenças não transmissíveis foram incluídas, juntamente com a vigilância baseada na comunidade e o alinhamento com objectivos mais amplos de fortalecimento do sistema de saúde.

Depois do surto sem precedentes de doença do vírus Ebola de 2014 na África Ocidental, e de outras emergências recentes de saúde, a segurança sanitária continua a ser uma prioridade para a OMS.

A segurança sanitária começa com fortes sistemas de vigilância. Esta terceira edição das orientações da VRID descreve o que deve ser criado em cada nível do sistema de saúde para detectar, confirmar e responder a doenças, patologias e ocorrências de saúde. As orientações destinam-se a:

- trabalhadores de saúde em todos os níveis, incluindo responsáveis de vigilância, médicos, pessoal de laboratório e profissionais de saúde pública
- equipas de saúde provinciais, regionais e distritais
- gestores de dados
- pontos focais nacionais do RSI e outros sectores que implementam o RSI
- autoridades competentes nos pontos de entrada
- profissionais de saúde veterinários e da vida selvagem
- profissionais de saúde ambiental
- instituições de formação em saúde
- responsáveis da cadeia de fornecimentos
- outros especialistas em saúde pública, incluindo organizações não governamentais.

As orientações servem como:

- uma referência geral para as actividades de vigilância a todos os níveis, e uma referência independente para as responsabilidades em cada nível;
- um conjunto de definições padrão para os patamares de tomada de medidas de resposta para doenças específicas;
- um recurso para o desenvolvimento da formação, supervisão, monitorização e avaliação de actividades de vigilância; e
- um guia para melhorar a detecção precoce e a resposta a doenças epidémicas.

Os Estados Membros, os Centros para Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e muitas partes interessadas relevantes trabalharam em estreita colaboração com o Secretariado da OMS na preparação desta terceira edição. Juntos, devemos agora garantir que estas orientações são implementadas dentro do contexto do reforço do sistema de saúde em direcção à cobertura universal de saúde para uma melhor coordenação entre a vigilância da saúde humana e animal e outros sectores envolvidos numa “abordagem Uma só Saúde”; um melhor uso da capacidade da rede de laboratórios

em vigilância e resposta; e um melhor envolvimento da comunidade em intervenções de saúde pública.

Dado que a vigilância é um bem de saúde pública e uma intervenção com custo-eficácia, espero que todas as partes interessadas se unam na implementação destas orientações. Juntos, podemos contribuir para garantir que mil milhões de pessoas da Região Africana estão mais bem protegidas contra as emergências sanitárias.

Dr Matshidiso Moeti
Directora Regional da OMS para África

AGRADECIMENTOS

A Terceira Edição das Orientações Técnicas da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID) foi preparada pelo Programa de Emergências de Saúde da OMS com a participação e envolvimento activos de programas que lidam com a Vigilância de Doenças no Escritório Regional da OMS para a África (AFRO), Brazzaville, Congo, e com as avaliações técnicas fornecidas pelos Centros dos EU para o Controlo e Prevenção de Doenças e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

O objectivo da revisão das orientações técnicas da VRID foi:

(a) Alinhar com a situação e as necessidades actuais dos Estados Membros;

(b) Alinhar com os objectivos, metas e elementos da Estratégia da Região Africana da OMS sobre a Segurança e Emergências de Saúde para 2016-2020;

(c) Actualizar as orientações com informações actuais, tendo em conta novos desenvolvimentos como: doenças, condições e ocorrências prioritárias, emergentes e reemergentes;

(d) Integrar as recomendações recentes de painéis de especialistas sobre o reforço do RSI de 2005, que são sustentadas pela abordagem Uma Só Saúde;

(e) Abordar, de forma global, as estratégias de gestão de riscos de catástrofe (GRC);

(f) Ter em conta os ensinamentos retirados do surto sem precedentes da DVE na África Ocidental, a erradicação da poliomielite e outras crises humanitárias;

(g) Aproveitar os avanços tecnológicos e utilizar as oportunidades oferecidas pela internet e pelos telemóveis para aumentar a implementação da vigilância comunitária baseada em ocorrências em tempo real (CEBS), com plataformas robustas de informação geográfica;

(h) Aumentar outros sistemas electrónicos de vigilância e integrar novas formas de reforçar capacidades utilizando os instrumentos electrónicos de aprendizagem VRID.

Na planificação da actualização destas orientações e para melhorar as recomendações, agradecemos as sugestões e conselhos disponibilizados pelas equipas de desenvolvimento da VRID que prepararam a 1ª e a 2ª edições. Esta revisão baseia-se nos conhecimentos técnicos de mais de 100 especialistas em vigilância e doenças que colaboram com a OMS, o CDC e os Ministérios da Saúde dos países Africanos que conceberam e produziram a primeira e a segunda edições.

O processo de revisão envolveu consultas internas a nível da OMS, seguidas de uma consulta mais alargada que envolveu uma série de reuniões com vários parceiros e Estados Membros. Além disso, foi constituído um grupo de trabalho VRID para ajudar no processo de revisão. A versão final foi revista interpares por um grupo de trabalho *ad hoc* e durante uma reunião consultiva final de parceiros, realizada em Março de 2018.

A revisão das orientações técnicas contou com o apoio de uma subvenção de cooperação concedida pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Escritório para a África (USAID/AFR), Washington, D.C.

Compilado e editado por:

Dr Ibrahima Socé Fall, MD, PhD
Director Regional para Emergências
WHO/WHE, Brazzaville, Congo

Dr Zabulon Yoti, MD, MPH
Coordenador Técnico
WHO/WHE, Brazzaville, Congo

Dr Ali Ahmed Yahaya, MD, MPH
Gestor de Programas
WHO/WHE/CPI, Brazzaville, Congo

Dr Mamoudou Djingarey, MD, MPH
Gestor de Programas
WHO/WHE/IHM, Brazzaville, Congo

Dr Ambrose Otau Talisuna, MD, PhD
Conselheiro Regional, IHR/GHS
WHO/WHE/CPI, Brazzaville, Congo

Dr Soatiana Rajatonirina, MD, MPH
Médico, VRID
WHO/WHE/CPI, Brazzaville, Congo

Dr Janneth Maridadi Mghamba, MD, MSc (Epid)
Consultora
WHO/WHE/CPI, Brazzaville, Congo

Helen Perry, PhD
Consultora

O Escritório Regional da OMS para a África agradece às seguintes pessoas que contribuíram para a preparação deste documento revisto analisando as versões anteriores e fazendo comentários construtivos:

Centros dos Estados Unidos para Prevenção e Controlo de Doenças (CDC)	Organização Mundial da Saúde (OMS)
Dr Christopher S. Murrill	Dr Nuha Mahmoud, IDSR/WCO, Libéria
Dra Olga Henao	Dr Njuguna Charles Kuria, IDSR/WCO, Sierra Leone
Sr Victor Etuk	Dr Wamala Joseph Francis, DPC/WCO, Sudão do Sul
Sra Michelle Sloan	Dra Grace Saguti, DPC/WCO, Tanzânia
Dra Stephanie Salyer	Sr Komakech Innocent, WHE/WCO, Uganda
Agência dos Estados para o Desenvolvimento Internacional (USAID)	Dr Clement Peter, DPC/WCO, Nigéria
Sra Andrea Long-Wagar	Dr Ishata Conteh, EMO/WHE
Sra Sylvia Alford	Dr Mary Stephen, IHR/CPI/WHE
Sra Kristina Celentano	Sra Sakuya Oka, COM/WHE
Dr Kendra Chittenden	Dr Patrick Abok, EMO/WHE
Dr Andrew Clements	Dr Boukare Bonkoungou, Formação/CPI/WHE
Sra Ellyn Ogden	Dr Xu Honghi, HIK/HSS
Sra Kama Garrison	Dr Lokombe Tarcisse Elongo, SDS/HSS
Dra Linda Mobula	Dr Sheick Oumar Coulibaly, HTI/HSS
Dr Sarah Paige	Dr Nino Dal Dayanghirang, SDS/HSS
Sr Anton Schneider	Mr Derrick Muneene, HIK/HSS
Sra Angela Wang	Dr Jason Mwenda Mathiu, IVD/FRH
Parceiros Técnicos	Dr Andre Arsene Bita Fouda, IVD/FRH
Dra Olivia Namusisi, AFENET	Dr Balcha Girma Masresha, IVD/FRH
Dr Hasifa Bukirwa, AFENET	Dr Gaya Manori Gamhewage, IHM/WHE
Dr Donewell Bangure, Africa CDC	Dr Alexandre Tiendrebeogo, NTD/CDS
Dr Charles Bebay, FAO	Dr Andrew Seidu Korkora, CDU/CDS
	Dra Noémie Yetema Nikiema, CDU/CDS
	Dr Olufunmilayo Lesi, CDU/CDS
	Sr Hani Farouk Abdel Hai Mohamed, ORD/PEP
	Dra Maria Van Kerkhove, IHM/WHE
	Dra Katelijn Vandemaele, GIP/IHM/WHE
	Dr Asheena Khalakdina, PAT/IHM/WHE
	Dr Erika Garcia, PAT/IHM/WHE
	Dra Eve Lackritz, PAT/IHM/WHE
	Dr Eric Gerard Georges Bertherat, PAT/IHM
	Dr Sergey Romualdovich Eremin, AMR/SUV
	Dr José Guerra, PCB/CPI/WHE
	Dr Pierre Nabeth, CPI/WHE
Estados Membros/Ministério da Saúde (MdS)	
Dr Dzotsi Emmanuel, Gana	Dr Naomi Adeline, Seychelles
Dr Nagbe Thomas, Libéria	Sr Mathew Tut Moses Kol, Sudão do Sul
Sra Ntsoaki Mokete, Lesoto	Dr Georges Cosmas Kauki, Tanzânia
Sr Sebastian Yennan, Nigéria	Dra Salma Masauni, Zanzibar
Sr Roland Mohamed Conteh, Sierra Leone	Dra Anne Nakinsinge, Uganda

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADA ÀS DOENÇAS

TERCEIRA EDIÇÃO

BROCHURA CINCO: ADAPTAR A VRID A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA OU A

SISTEMAS DE SAÚDE FRÁGEIS

MARÇO DE 2019

SECÇÃO 10: ADAPTAR A VRID A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA OU A SISTEMAS DE SAÚDE FRÁGEIS

10. INTRODUÇÃO

As emergências humanitárias têm implicações importantes para as populações onde ocorrem e nos seus sistemas de vigilância dos serviços de saúde (OMS, 2012). Normalmente, as emergências provocam o deslocamento de populações para zonas congestionadas onde o acesso às necessidades básicas como água, alimentação, habitação e outros serviços sociais, é limitado. Estas situações aumentam o risco de morte por epidemias comuns e doenças endémicas.

Por conseguinte, a vigilância efectiva da saúde pública e a resposta aos surtos são uma prioridade durante as emergências de saúde pública nas populações afectadas. Devido à perturbação dos serviços de saúde e outros serviços sociais durante as emergências, o sistema de rotina da VRID deve ser melhorado para satisfazer as necessidades de vigilância da saúde pública e resposta aos surtos em situações humanitárias. Nestes cenários, a VRID deve ser adaptada à situação prevalecente para satisfazer as necessidades adicionais inerentes às situações de emergência.

Da mesma forma, um sistema VRID melhorado deve ser instalado nessas situações para resolver as emergências humanitárias. Este sistema deve ser baseado na estratégia, nas estruturas, nas ferramentas, nas orientações e recursos da VRID, mas devem garantir a flexibilidade necessária para suprir as necessidades de vigilância e de resposta das populações afectadas em situações de emergência. Isto deve ser feito dentro do sistema nacional da VRID existente.

Esta secção introduz princípios chave de implementação da VRID em emergências humanitárias complexas, que envolvem a melhoria das funções básicas da VRID para garantir a detecção precoce, a avaliação e a resposta a ocorrências graves de saúde pública. Para uma descrição mais detalhada, queira remeter ao documento da OMS sobre detecção precoce, avaliação e resposta a ocorrências graves de saúde pública – implementação do alerta precoce e resposta com atenção especial à vigilância baseada em ocorrências. (OMS, 2014).

10.1 Sistema de Informação Sanitária em situações de emergência

As crises graves e prolongadas têm importantes efeitos imediatos e a longo prazo na saúde das populações e nos sistemas de saúde. Os conflitos e as catástrofes naturais perturbam todo o funcionamento do sistema de saúde. Nessas situações, o sistema de rotina da VRID pode funcionar mal ou ser interrompido. Por conseguinte, a VRID deve ser adaptada para satisfazer devidamente as necessidades de informação em termos de vigilância de uma emergência humanitária. Exemplos dessas emergências humanitárias incluem: conflito armado, fome, catástrofes naturais e outras importantes emergências.

10.1.1 Principais definições em situações de emergência

10.1.1.1 Catástrofe

Grave perturbação no funcionamento de uma comunidade ou sociedade causando perdas humanas, materiais, económicas ou ambientais generalizadas que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade afectada de lidar com os seus próprios recursos (Estratégia Internacional para a Redução de Catástrofes [VRID], 2009). Uma catástrofe é também definida como situação ou ocorrência, que sobrecarrega a capacidade local, necessitando de assistência adicional nacional ou internacional (Centro de Investigação sobre Decisões Ambientais [CRED], ReliefWeb, 2008).

10.1.1.2 Emergência Humanitária

Situação em que as necessidades humanas básicas de uma população estão ameaçadas e, portanto, requer medidas extraordinárias e acção urgente (ReliefWeb, 2008).

10.1.1.3 Emergência complexa

Crise humanitária num país, região ou sociedade onde ocorre uma total ou considerável quebra de autoridade resultante de conflito interno ou externo e que requer uma resposta internacional que vá para além do mandato ou capacidade de qualquer programa nacional único e/ou em curso da ONU. (ReliefWeb, 2008)

10.2 Alerta precoce e resposta

Alerta precoce é um mecanismo organizado para detectar, tão cedo quanto possível, qualquer ocorrência anormal ou qualquer divergência da frequência habitual ou normal de doenças, condições e ocorrências. Baseia-se numa rede de pessoas de unidades/centros de saúde funcionais estáticas ou móveis cuja responsabilidade é recolher, investigar, notificar, analisar e disseminar informação a partir do terreno para o nível central para tomada de medidas adequadas.

10.2.1 Por que é necessária?

A melhoria das necessidades de vigilância durante as emergências humanitárias exige a instalação de sistemas de vigilância para recolha, compilação, análise e interpretação sistemática de dados, e para a disseminação de informações para facilitar a resposta da saúde pública e evitar o excesso de morbidade, mortalidade e incapacidade. Por conseguinte, durante a fase aguda de uma emergência humanitária, a VRID deve ser modificada, tão cedo quanto possível, para incidir nos problemas prioritários de saúde durante a fase de emergência. A VRID adaptada deve incidir nas doenças, condições ou ocorrências de uma determinada situação de emergência e deve ser suficientemente flexível para responder a outras prioridades emergentes de saúde pública (OMS 2009).

Durante as emergências, as populações são mais vulneráveis à morbidade, à mortalidade e à incapacidade resultantes das doenças endémicas propensas a epidemias. Assim, a VRID deve ser melhorada dentro de 3 a 10 dias após ser considerada emergência de saúde pública para

facilitar a rápida detecção e resposta a surtos de doenças e ocorrências de saúde pública (OMS, 2009) . Em última análise, isto contribui para o objectivo geral de reduzir a mortalidade, a morbidade e a incapacidade evitáveis durante as crises humanitárias (OMS, 2009b).

10.2.2 Quais são os objectivos da adaptação da VRID às situações de emergência?

O principal objectivo é detectar e controlar rapidamente ocorrências graves de saúde pública de qualquer origem, com atenção especial aos riscos prioritários para a saúde. O objectivo é aumentar a sensibilidade da detecção, a qualidade da avaliação de riscos e a pontualidade e eficácia da resposta aos riscos graves de saúde pública a fim de minimizar as consequências negativas na saúde das populações afectadas.

Os objetivos específicos são:

a) Detectar antecipadamente ocorrências graves de saúde pública e riscos para a saúde;
b) Garantir a comunicação imediata de informações dos níveis local e intermediário aos níveis nacionais, bem como de qualquer fonte identificada a nível nacional;
c) Verificar a informação inicial (isto é, sinal);
d) Documentar a natureza do evento através da investigação, caracterização e confirmação etiológica;
e) Realizar uma avaliação de risco para determinar o nível de risco que representa a ocorrência detectada;
f) Garantir mecanismos de alerta imediato, dos níveis nacional e/ou intermediário aos níveis locais;
g) Garantir uma investigação imediata, se necessário, e implementar uma resposta adequada através de medidas de mitigação e controlo, conforme exigido pela avaliação contínua de riscos; e
h) Alertar e manter a comunicação/coordenação com os intervenientes nacionais/ internacionais.

10.2.3 Componentes importantes

Durante as crises humanitárias, todos os serviços/unidades de saúde móveis e fixos funcionais, incluindo os serviços de saúde nos campos de refugiados para deslocados internos (PDI) que prestam intervenções curativas, de prevenção de doenças e de promoção da saúde, devem ser incluídos na rede VRID para melhorar a sensibilidade do sistema (OMS, 2009). Dependendo da dimensão da crise, a rede de vigilância pode incluir unidades de saúde públicas e/ou apoiadas por parceiros (OMS, 2012).

Para garantir eficiência, a recolha de dados e os processos de análise devem ser sistematizados e formalizados. A informação epidemiológica deve basear-se nos dois principais métodos de detecção de ocorrências da VRID, nomeadamente: vigilância baseada em indicadores (que reporta dados imediatos e semanais agregados por unidades de saúde) e vigilância baseada em ocorrências, que é a recolha, monitorização, avaliação e interpretação organizada de informações *ad hoc* não estruturadas sobre ocorrências ou riscos de saúde. Estes sistemas complementares aumentam a sensibilidade da VRID para garantir a

detecção e a verificação atempadas de surtos e a efectiva monitorização dos padrões de morbidade (OMS, 2012).

10.3 Implementação da VRID nas emergências humanitárias

10.3.1 Avaliação rápida da situação

Durante a fase crítica da emergência é útil realizar uma avaliação sistemática do risco de ocorrências graves de saúde pública. Isto envolve tanto a probabilidade de uma doença ocorrer como o seu eventual impacto. A avaliação pode identificar as doenças propensas a epidemia, que são passíveis de causar taxas elevadas de morbidade e mortalidade nas populações afectadas e determinar a dimensão geográfica da vigilância. Igualmente, é feita uma avaliação do estado das principais infra-estruturas de vigilância, incluindo a capacidade de vigilância existente, a identificação das necessidades em matéria de recursos para a implementação da VRID, incluindo pessoal especializado, apoio laboratorial em matéria de comunicação e equipamentos de TI e transporte. A avaliação deve ser baseada na realização de consensos, na análise dos dados existentes, na criação de grupos de trabalho e na condução de entrevistas exaustivas, se necessário. Deve ser baseada numa abordagem que tenha em conta todos os riscos e ser repetida à medida que a emergência evolui, para ter em conta as mudanças.

10.3.2 Análise de lacunas

A análise de lacunas deve ser realizada para complementar a análise de situação e a avaliação do sistema de vigilância. Visa avaliar as necessidades e o ambiente específicos e analisar os pontos fortes e fracos, as ameaças e oportunidades em torno do sistema nacional de vigilância existente a fim de identificar recursos disponíveis para reforçar a VRID. A análise de lacunas não exige a realização de uma avaliação formal nova ou adicional. Os resultados das avaliações anteriores do sistema de vigilância podem ser reutilizados. Nos casos em que nem toda a informação necessária está disponível, podem ser considerados os grupos de reflexão ou as entrevistas exaustivas com os parceiros em todos os níveis do sistema de vigilância.

10.3.3 Definição de prioridades

A fim de garantir a utilização mais eficiente de recursos, a estratégia deve ser baseada num exercício de definição de prioridades, nos resultados da análise de lacunas e na lista de eventos prioritários de vigilância. Para cada doença, condição ou ocorrência seleccionada, os objectivos de vigilância devem ser especificados com base no contexto do país. Os objectivos dependerão das características da doença, condição ou ocorrência (p.e. taxa de ataque, morbidade e mortalidade, ambiente), o modo de transmissão (p.e. de pessoa a pessoa, surtos com origem num ponto, exposição a substâncias tóxicas), e a natureza das intervenções de saúde pública necessárias para controlar a propagação.

10.3.4 Elaboração de um plano de acção para a implementação da VRID

Após a conclusão do exercício da definição de prioridades e da lista das potenciais fontes de informação, deve ser elaborado e implementado um plano de acção aos níveis nacional intermédio e local. O plano de acção deve ser bem integrado no sistema nacional da VRID, incluindo monitorização e avaliação.

10.3.5 Designar um mecanismo de coordenação

Deve ser criada uma estrutura de coordenação aos níveis nacional e intermédio para garantir um único ponto de entrada para notificação, análise e triagem de informações, verificação de sinais, avaliação de riscos, monitorização e resposta a ocorrências graves de saúde pública.

10.4 Vários actores na promoção da VRID para melhorar o alerta precoce e a resposta

Durante as emergências graves ou complexas em que a capacidade do sistema nacional e sub-nacional da VRID no MdS é extremamente limitada, pode ser necessário reforçar as funções e responsabilidades de vários intervenientes.

10.4.1 Nível central/nacional

A coordenação geral da recolha, entrada, análise e disseminação de dados durante as crises humanitárias deve ser assumida pela unidade VRID no seio do Ministério da Saúde (MdS) com o apoio da OMS e parceiros, e encaminhada, se necessário, ao Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública (COESP), se já existir. Se sim, é activado o Comité Nacional de Gestão de Emergências de Saúde Pública (CNGESP), coordenado pelo COESP nacional, para apoiar as actividades de coordenação e resposta nas regiões e distritos afectados. Contudo, durante as crises graves ou emergências complexas em que a capacidade da Unidade Nacional da Coordenação da Vigilância no MdS é profundamente limitada, pode ser recrutado um coordenador (normalmente um epidemiologista ou especialista de saúde pública com experiência na vigilância e controlo de doenças em situações de emergência) para apoiar o Ministério da Saúde durante a fase crítica da crise (OMS 2012). As funções do coordenador serão orientadas pela avaliação rápida inicial e deve incluir mas não se limitar a:

a) Disponibilizar supervisão técnica específica;
b) Coordenar a supervisão de actividades de vigilância e de resposta a surtos nas áreas afectadas por crises;
c) Orientar a coordenação dos profissionais de saúde e parceiros para a efectiva vigilância de doenças e surtos/resposta de saúde pública nas populações afectadas por crises;
d) Apoiar os distritos/províncias ou regiões para investigarem e responderem a surtos ou ocorrências de saúde pública incluindo a reconversão de pessoal na VRID;
e) Conduzir a análise regular de tendências epidemiológicas e a produção regular de boletins de vigilância e relatórios de situação;
f) Prestar ajuda para reportar e notificar doenças, condições e ocorrências prioritárias;
g) Apoiar a avaliação.

10.4.2 Nível distrital, provincial ou regional

Os pontos focais existentes da VRID ao nível distrital, provincial ou regional devem coordenar as actividades de vigilância e resposta nas populações afectadas por crises. Contudo, durante as crises graves ou emergências complexas em que as capacidades dos pontos focais de vigilância distritais/provinciais, regionais ou nacionais/centrais são limitadas, a representação nacional da OMS, em estreita colaboração com o grupo orgânico da saúde, deve atribuir um parceiro ou um ponto focal a cada distrito afectado para:

a) Coordenar a vigilância de doenças e a resposta aos surtos nas populações afectadas por crises;
b) Garantir a notificação atempada de doenças, condições e ocorrências prioritárias relacionadas com as crises;
c) Realizar análises de tendências e proporcionar um retorno de informação às unidades e centros de saúde;
d) Conduzir a investigação inicial de surtos de doenças e ocorrências de saúde pública;
e) Responder a surtos de doenças e emergências de saúde pública em colaboração com o MdS nacional, parceiros e centros de saúde locais.

10.4.3 Unidades ou centros de saúde públicos e apoiados por parceiros

Todos os pontos focais identificados, que trabalham em centros de saúde ou clínicas móveis que oferecem serviços curativos, de prevenção de doenças e de promoção da saúde, devem implementar o seguinte:

a) Detectar, recolher e reportar doenças, condições e ocorrências de saúde pública;
b) Apoiar a verificação e a investigação de surtos e ocorrências de saúde pública;
c) Implementar medidas de saúde pública e de resposta a surtos, com o apoio dos pontos focais de vigilância distrital e nacional.

10.5 Estruturas e instrumentos-chave que devem ser criados durante uma crise humanitária grave

10.5.1 Lista de doenças/condições/ocorrências

Durante a fase aguda de uma crise humanitária, deve ser feita uma rápida avaliação de risco para identificar doenças, condições e ocorrências que constituem uma ameaça à população. Devem merecer prioridade para além da lista prioritária nacional da VRID. Ao identificar a lista de doenças, condições e ocorrências prioritárias, os critérios de inclusão devem ter em conta as orientações da OMS para inclusão de uma ocorrência no sistema de vigilância (OMS, 202), nomeadamente:

a) Epidemia;
b) Doenças evitáveis com vacinas devido à interrupção da vacinação na maior parte das emergências;
c) Capacidade de causar morbidade severa ou morte;
d) Requisitos internacionais de vigilância (RSI, 2005);

e) Disponibilidade de medidas de prevenção e de controlo;
f) Disponibilidade de definições de casos significativos e viáveis e testes laboratoriais simples, se necessário.

É importante que os clínicos registem o diagnóstico mais importante por doente, e que apenas as novas visitas de casos sejam contadas e não as visitas de acompanhamento.

As fontes de dados sobre novos casos incluem:

a) Unidades ambulatórias;
b) Unidades internas;
c) Laboratórios;
d) Unidades móveis na comunidade ou de pontos focais identificados na comunidade;
e) Postos de saúde nos campos de refugiados e deslocados internos;
f) Outras fontes de informação baseada em ocorrências.

10.5.2 Definições de casos

Para as doenças, condições e ocorrências já incluídas na lista de doenças prioritárias da VRID, devem ser utilizadas as definições de casos existentes. As definições de casos sensíveis, que aumentam as oportunidades de detecção de novos surtos, devem ser desenvolvidas para as doenças, condições, ocorrências e síndromes adicionais identificadas no quadro da avaliação de riscos. Estas definições de casos devem ser simples, padronizadas e harmonizadas com as definições de casos na VRID nacional.

10.5.3 Apoio laboratorial

Kits de Teste de Diagnóstico Rápido (TDR) nos locais de atendimento, de qualidade garantida e aprovados pela OMS para doenças como o paludismo, a cólera, a meningite e a hepatite A e E, são essenciais para o tratamento atempado e as decisões de resposta aos surtos.

A confirmação laboratorial é mais importante para suspeitas de surtos nas populações afectadas por crises, devendo estar disponíveis os seguintes procedimentos para facilitar a investigação atempada de novos surtos:

a) Stocks adequados de kits/PONs (Procedimentos Operacionais Normalizados) para surtos, e recolha de amostras a nível local;
b) Modalidades de embarque e de rede de frio que estejam associadas à rede nacional de transporte de amostras;
c) Laboratórios de campo ou móveis para atender as necessidades das populações afectadas por crises em matéria de testes laboratoriais de rotina e durante os surtos;
d) Os laboratórios existentes aos níveis nacional e sub-nacional, que foram reforçados, devem atender aos pedidos extra das populações afectadas pelas crises;

e) Os laboratórios de referência (nacionais e internacionais) devem ser identificados para facilitar a confirmação laboratorial, o teste de sensibilidade aos antibióticos e o controlo de qualidade;

f) Os formulários laboratoriais e de investigação de casos existentes ao nível da VRID devem ser usados para recolhas de rotina e notificação de dados laboratoriais agregados e baseados em casos;

g) Harmonização das informações laboratoriais entre os sistemas de vigilância e laboratorial para a disseminação atempada de resultados.

10.5.4 Métodos de recolha de dados

Os dados devem ser recolhidos sobre alertas comunicáveis e doenças, condições e ocorrências prioritárias que são geradas a partir de várias fontes como unidades em regime de internamento e ambulatório, unidades móveis, laboratórios, pesquisas de casos activos específicos de doenças ou investigações de surtos, profissionais de saúde comunitária, alertas comunitários e outras fontes de dados de vigilância de doenças. Os profissionais de saúde devem observar as seguintes normas:

a) Estrita adesão às definições de casos ao recolher dados relativos a doenças, condições ou ocorrências;

b) A cada doente deve ser atribuído um diagnóstico principal e contado uma vez;

c) As visitas novas e de acompanhamento devem ser codificadas separadamente no registo da unidade de saúde.

A recolha de dados envolve as seguintes ferramentas em papel e/ou plataformas electrónicas:

a) Registos ambulatórios e de internamento do Sistema Nacional de Gestão de Informação Sanitária (SGIS);

b) Formulário VRID de investigação de casos imediatos e laboratoriais;

c) Formulário VRID de relatório de resumo semanal/mensal;

d) Registo de alerta VRID da unidade de saúde;

e) Listas de linhas específicas de doenças;

f) Formulários genéricos ou para investigação de casos específicos de doenças;

g) Listas de linhas de mortalidade.

10.5.5 Métodos de comunicação e transmissão de dados

As crises humanitárias tendem a interromper as plataformas nacionais existentes de vigilância de doenças para a transmissão de dados. Da mesma forma, as populações afectadas por crises podem ter necessidades adicionais de saúde pública para além das estabelecidas através da VRID de rotina. Deve haver flexibilidade na actualização dos instrumentos existentes de informação VRID/SGIS para integrar doenças, condições e ocorrências específicas às populações afectadas por crises. Por conseguinte, os instrumentos da VRID/SGIS existentes

em papel e/ou as plataformas electrónicas de notificação, devem ser actualizados para incluir essas doenças, condições e ocorrências adicionais de saúde pública.

As plataformas de informação (em suporte de papel e/ou electrónicas) devem apresentar os seguintes parâmetros de informações:

a) Informação imediata de alertas de doenças propensas a epidemia;
b) Informação diária de dados agregados e/ou baseados em casos sobre doenças, condições e ocorrências prioritárias durante a fase aguda da crise e depois da confirmação de um novo surto;
c) Informação semanal de dados agregados sobre doenças prioritárias;
d) A lista semanal da linha de mortalidade deve ser actualizada com os óbitos das unidades de saúde e da comunidade e publicada.

10.5.6 Análise e interpretação de dados

Os princípios de análise de dados utilizados no quadro da VRID de rotina devem ser utilizados nas populações afectadas por crises. Por conseguinte, são realizadas análises de dados agregados para documentar e descrever as tendências de doenças e fazer o cruzamento de limiares. Os dados também são utilizados para calcular rácios e taxas.

Antes de iniciar qualquer análise, devem ser realizadas validações e limpeza de dados para entradas em falta, dados aberrantes e duplicações. As análises básicas envolvem análise descritiva de casos/mortes por tempo, pessoa e local.

Os indicadores de morbidade nas populações afectadas por crises incluem:

a) Contagens absolutas de casos e mortes por doença prioritária;
b) Incidência de doenças (novos casos por semana divididos pela população total) com um gráfico para mostrar as tendências das últimas semanas. Pode ser desagregado por localização e características pessoais;
c) Morbidade proporcional (novos casos de doença numa semana divididos pelas novas consultas na semana);
d) Taxa de letalidade (CFR) — a proporção de óbitos resultantes de uma doença específica;
e) Taxa de ataque durante os surtos como a incidência cumulativa de doença epidémica numa população durante um período de tempo.

Indicadores de mortalidade nas populações afectadas por crises

É fundamental que as taxas de mortalidade (TMB e TM<5) sejam monitorizadas nas populações afectadas por crises, a fim de garantir que as taxas que excedam o limite de emergência estabelecido sejam detectadas e tenham uma resposta imediata.

a) A Taxa Bruta de Mortalidade (TBM), como óbitos por 10.000 pessoas por dia, é calculada como o número de óbitos dividido pela população presente durante o período e o número total de dias em que os óbitos foram reportados.
b) A Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos (TM<5), como óbitos por 10.000 pessoas por dia, é calculada como o número de óbitos em menores de cinco anos dividido pela população de menores de cinco anos presente durante o período e o número total de dias em que os óbitos foram reportados.

As plataformas electrónicas existentes oferecem a vantagem de análises automatizadas tanto para dados de rotina como de surtos baseados em casos, economizando tempo e garantindo que os dados analisados estejam disponíveis em tempo real para notificar a vigilância de doenças e as decisões de resposta a surtos a todos os níveis.

10.5.7 Retorno e disseminação de informação

O retorno da informação é fundamental para garantir o envolvimento total dos intervenientes. Para além de estar na base dos esforços de controlo de doenças, os fornecedores de informação devem ser incluídos no retorno da informação. Os resumos semanais de vigilância, os boletins e as apresentações devem ser apresentados e analisados durante:

a) Reuniões semanais da VRID ou do comité de surtos;
b) Reuniões do grupo orgânico de Saúde, Água, Saneamento e Higiene (WASH) (e outros relevantes);
c) Outras reuniões relevantes de controlo de doenças;
d) Extensão de todas as unidades de referência e intervenientes para efeitos de notificação das decisões de resposta da saúde pública;
e) Surtos, relatórios regulares de situação devem ser partilhados com todos os intervenientes.

As plataformas electrónicas existentes oferecem a vantagem de produzir boletins automatizados sobre epidemias e vigilância de doenças ou relatórios de situação para apoiar a vigilância de doenças e as decisões de resposta a surtos em todos os níveis.

10.5.8 Funções de apoio à vigilância nas populações afectadas pelas crises

Para optimizar o funcionamento da vigilância de doenças e resposta a surtos nas populações afectadas por crises, é essencial que as orientações da VRID sejam adaptadas e utilizadas para melhorar o acesso ao seguinte:

(a) Orientações de vigilância e resposta a surtos a todos os níveis;
(b) Formação de profissionais de saúde, pontos focais de vigilância e equipas de resposta rápida em funções de vigilância, incluindo prontidão, investigação e resposta a surtos;
(c) Apoio à comunicação (computadores, telefones, ligação à internet) com base no contexto local e nas necessidades de vigilância;

(d) Supervisão e apoio regulares para melhorar as funções de vigilância a todos os níveis;

(e) Avaliação periódica para melhoria do desempenho do sistema de vigilância (remeter para o quadro de avaliação dos sistemas de vigilância.

10.5.9 Preparação para o surto

A preparação para o surto é importante tendo em conta o elevado risco de surtos de doenças nas populações afectadas por crises. Os esforços de preparação devem, tanto quanto possível, ser integrados no quadro nacional da VRID existente aos níveis nacional e sub-nacional com o Ministério da Saúde a liderar os esforços e apoiado pela OMS e parceiros. Contudo, durante as emergências graves ou complexas em que as capacidades do Ministério da Saúde estão altamente comprometidas ou diminuídas, a OMS, em colaboração com os parceiros das unidades orgânicas de saúde, deve assumir a liderança para aumentar a preparação para os surtos (OMS, 2012). Os principais esforços de preparação nas populações afectadas pelas crises devem incluir o seguinte:

a) Reforço das equipas existentes ou criação de novas equipas multissectoriais de controlo de surtos aos níveis nacional e sub-nacional, com funções e responsabilidades atribuídas a cada membro da equipa;

b) Actualização dos planos existentes ou elaboração de novos planos de prevenção e resposta a surtos que incorporem riscos exclusivos às populações afectadas por crises;

c) Desenvolvimento ou actualização (se necessário) de formulários de lista de linhas padrão para recolha de dados durante um surto;

d) Desenvolvimento e distribuição de protocolos de tratamento padrão para doenças-chave, com estratégias de formação de pessoal;

e) Cálculo das potenciais taxas de ataque para doenças epidémicas, quando possível;

f) Stocks pré-posicionados de produtos essenciais de tratamento para iniciar o controlo de surtos (por exemplo, sais de rehidratação oral, fluidos intravenosos, materiais de vacinação, equipamentos de protecção individual, meios de transporte para amostras, produtos de purificação de água e folhetos informativos sobre medidas preventivas para a equipa de saúde ou a comunidade.

g) Aquisição de materiais de recolha de amostras de laboratório para as doenças prioritárias e identificação de um laboratório competente para confirmação de casos;

h) Identificação de potenciais locais para isolamento e tratamento adequado de doentes, ou para capacidade extra em caso de surto de casos (por exemplo, um centro de tratamento de cólera);

i) Implementação de medidas de prevenção relevantes com base na avaliação de risco de doenças, por exemplo, vacinação contra o sarampo e a cólera, pulverização residual interna de residências e distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração para evitar surtos de sarampo, cólera e paludismo.

j) Aumentar os esforços de preparação e resposta/activar equipas de resposta rápida nos pontos de entrada (PdE).

10.5.9.1 Limiares de alerta e de epidemia

São utilizados limiares para as seguintes situações nas populações afectadas por crises:

a) Avaliar a gravidade da crise humanitária com base na taxa bruta de mortalidade (TBM) e taxa de mortalidade em menores de cinco (TM<5):
   i) O limiar da taxa de mortalidade bruta deve ser inferior a 1 óbito por 10.000 pessoas por dia;
   ii) O limiar da taxa de mortalidade em menores de cinco anos é inferior a 2 óbitos por 10.000 pessoas por dia;
b) Sistemas de alerta para detectar possíveis surtos com base na duplicação da incidência semanal em comparação com a média semanal das 2-3 semanas anteriores;
c) Detecção de um caso de doença epidémica grave, como sarampo, poliomielite, cólera ou meningite, com base nos limiares de alerta e acção específicos da VRID para populações afectadas por crises.

Uma vez atingidos os limiares, devem ser instituídas prontamente as seguintes acções para prevenir o excesso de morbidade e mortalidade.

10.5.9.2 Verificação de Alerta

Para minimizar a morbidade e a mortalidade, a verificação de alerta deve começar imediatamente após a recepção do alerta pelos pontos focais de vigilância sub-nacionais e nacionais (OMS, 2012). A verificação pode ser feita por telefone ou consulta ao site e pode incluir a recolha de informação sobre:

(a) Casos baseados em definições de casos padrão (DCP);
(b) Sintomas e sinais (considerar diagnósticos diferenciados);
(c) Data do início dos sintomas dos primeiros e mais recentes casos detectados;
(d) Local, data em que foi visto ou admitido na unidade de saúde;
(e) Idade, sexo e estado de vacinação dos doentes;
(f) Local de residência no início da doença;
(g) Onde estão a ocorrer casos;
(h) Relações geográficas, pessoais e temporais entre os casos;
(i) Investigação laboratorial atempada de amostras de casos suspeitos;
(j) Resultados incluindo, por exemplo, mortes, detalhes de gestão de casos e o pessoal de saúde afectado.

10.5.10 Investigação do surto

A investigação do surto envolve a determinação da causa de um surto e quem está em risco para que as medidas de controlo possam ser implementadas. O principal objectivo da investigação de um surto é controlá-lo e, assim, reduzir a morbidade e a mortalidade. A investigação deve começar logo assim que o alerta for detectado e verificado.

As investigações devem ser realizadas por equipas de resposta rápida aos níveis nacional e sub-nacional que forem estabelecidos no quadro da VRID nacional. Nas emergências agudas e complexas, serão identificadas equipas especiais e treinadas para realizar as investigações que devem seguir as orientações existentes da VRID para investigação de surtos e que foram adaptadas para resolver as necessidades específicas das populações afectadas por crises.

10.5.11 Resposta aos surtos

A resposta aos surtos deve seguir o quadro nacional existente da VRID aos níveis nacional e sub-nacional com as estruturas existentes do país a liderarem os esforços. Contudo, durante as emergências agudas ou complexas em que as capacidades do Ministério da Saúde são altamente comprometidas ou diminuídas, a OMS, em colaboração com os parceiros da unidade orgânica de saúde, deve assumir a liderança na coordenação e implementação das actividades de resposta aos surtos.

Os riscos adicionais nas populações afectadas por crises exigem o reforço de equipas de controlo de surtos existentes ou a formação de novas equipas multissectoriais aos níveis nacional e sub-nacional com funções e responsabilidades específicas para cada membro da equipa, de acordo com o estabelecido nas orientações da VRID sobre resposta aos surtos. Saúde, Água, Saneamento e Higiene (WASH) e outros parceiros relevantes dos grupos orgânicos devem apoiar as actividades de resposta aos surtos nas populações afectadas por crises.

10.6 Estratégia de saída

Durante a fase de recuperação da crise, o Ministério da Saúde deve trabalhar com a OMS e os parceiros para restabelecer todas as estruturas e pontos focais da VRID nas populações afectadas por crises. Os países devem prever a realização de uma avaliação para ver o que é que aconteceu, porque é que aconteceu e documentar os ensinamentos retirados e as lacunas identificadas para servir de base às recomendações e evitar futuras ocorrências.

10.7 Referências

1. ReliefWeb. (2008). Glossary of Humanitarian terms. Retrieved from http://www.who.int/hac/about/reliefweb-aug2008.pdf?ua=1
2. WHO. (2009a). Surveillance/EWARN in Emergencies. Retrieved from http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/idhe_2009_london_surveillance_morbidity.pdf
3. WHO. (2009b). WHO | Health Cluster Guide. Retrieved April 13, 2018, from http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/
4. WHO. (2012). WHO | Outbreak surveillance and response in humanitarian emergencies. Retrieved April 13, 2018, from http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/who_hse_epr_dce_2012.1/en/
5. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112667/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4_eng.pdf?sequence=1), released in 2014