

Sistema para a prática de «Uma Saúde» em institutos de saúde pública nacionais

Prevenção e controlo das doenças zoonóticas

CDC África – 2020



Índice



| | |
|--|-----------|
| A importância de uma abordagem «Uma Saúde» | 2 |
| O papel do CDC de África e dos institutos nacionais de saúde pública na melhoria da saúde pública | 5 |
| Objectivo deste sistema «Uma Saúde»..... | 6 |
| Secção 1: Metas, objectivos e actividades | 7 |
| Meta n.º 1: Fortalecer a coordenação e a colaboração multisectorial «Uma Saúde»..... | 7 |
| Meta n.º 2: Desenvolver e fortalecer sistemas de vigilância e mecanismos de partilha de dados com as partes interessadas relevantes..... | 10 |
| Meta n.º 3: Fortalecer os sistemas e redes laboratoriais para garantir a deteção precoce, a vigilância e a resposta | 15 |
| Meta n.º 4: Garantir uma preparação e resposta de emergência eficazes e coordenadas em matéria de saúde pública, utilizando uma abordagem «Uma Saúde» | 18 |
| Meta n.º 5: Fortalecer e apoiar o desenvolvimento de uma força de trabalho para prevenir e controlar doenças zoonóticas prioritárias | 23 |
| Secção 2: Orientação técnica «Uma Saúde» | 27 |
| Considerações gerais «Uma Saúde»..... | 27 |
| Considerações para doenças zoonóticas normalmente prioritárias | 30 |
| Antraz | 30 |
| Brucelose | 33 |
| Raiva..... | 34 |
| Febres hemorrágicas virais..... | 42 |
| Gripes zoonóticas | 44 |
| Considerações transfronteiriças..... | 47 |
| Secção 3: Monitorização do progresso «Uma Saúde» | 48 |
| Tabela de desempenho «Uma Saúde»..... | 50 |
| Glossário de termos..... | 55 |
| Referências | 59 |

Siglas/abreviaturas

| | |
|-----------------------|---|
| AFI | Doença febril aguda |
| CDC da África | Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças |
| RAM | Resistência a antimicrobianos |
| UA | União Africana |
| AVoHC (CSVdA) | Corpo de Saúde de Voluntários Africanos |
| CCHF (FHCC) | Febre hemorrágica da Crimeia-Congo |
| LCR | Líquido cefalorraquidiano |
| DFAT (TAFD) | Teste de anticorpo fluorescente direto |
| DRIT (TIRD) | Teste imuno-histoquímico rápido e direto |
| ECDC (CECPD) | Centro Europeu de Controlo e Prevenção de Doenças |
| CEDEAO (CEEAO) | Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental |
| ELISA | Ensaio de imunoabsorção enzimática |
| FAT (TAF) | Teste de anticorpo fluorescente |
| FAO | Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura |
| FEMA | Agência Federal de Gestão de Emergências dos EUA |
| FETP (PFEC) | Programa de formação de epidemiologia de campo e laboratorial |
| HFV (VFH) | Vírus da febre hemorrágica |
| IBS (VBI) | Vigilância Baseada em Indicadores |
| IDSR (VRID) | Vigilância e Resposta Integrada às Doenças |
| IHR (RSI) | Regulamento Sanitário Internacional |
| ILI (DTG) | Doenças tipo gripe |
| IPC (PCI) | Prevenção e Controlo de Infeções |
| JEE (AEC) | Avaliação Externa Conjunta |
| LIMS (SGIL) | Sistema de gestão de informação de laboratório |
| LRA (ARL) | Avaliação de risco laboratorial |
| MCM | Mecanismo de coordenação multisectorial |
| MdS | Ministério da Saúde |
| NMBC (CNBM) | Comité Nacional de Brucelose Multisectorial |
| INSP | Institutos nacionais de saúde pública |
| OIE | Organização Mundial de Saúde Animal |
| PCR (RPM) | Reação de polimerase em cadeia |
| PPE | Profilaxia pós-exposição |
| ESPII | Emergência de saúde pública de interesse internacional |
| COESP | Centro de operações de emergência de saúde pública |
| PoE | Ponto de entrada |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| PVS (RPV) | Realização de padrões veterinários |
| RABV | Lyssavirus da raiva |
| RCC (CCR) | Centro de Colaboração Regional |
| REC (CER) | Comunidade económica regional |
| RIG (IRG) | Imunoglobulina da raiva |
| rt RT-PCR | Reação de polimerase em cadeia por transcriptase reversa, em tempo real |
| RVF (FVR) | Febre do Vale do Rift |
| SARI (IRGA) | Infeção respiratória grave aguda |
| ODS | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| SOP (PON) | Procedimento operacional normalizado |
| TWG (GTT) | Grupo técnico de trabalho |
| TZG (GTZ) | Guia Tripartido de Zoonoses |
| CDC EUA | Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA |
| VHF (FHV) | Febre hemorrágica viral |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |

Agradecimentos

Este sistema foi desenvolvido através de um processo consultivo interativo com os estados-membro da União Africana (UA), especialistas em «Uma Saúde» e doenças zoonóticas, organizações internacionais e outros parceiros do CDC da África. Um grupo de trabalho técnico (GTT) inicial foi convocado pelos Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC da África) para supervisionar o desenvolvimento do projecto inicial e as revisões subsequentes. O GTT incluiu especialistas do CDC da África, do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC EUA), Chatham House e a Organização para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas (FAO). Tendo em vista o desenvolvimento do sistema, o GTT reviu os planos e relatórios «Uma Saúde» publicados, desenvolvidos pelos estados-membro, e resumiu os temas comuns, fazendo ainda referência às orientações globais da «Uma Saúde» disponíveis. O sistema resultante é produto de um extenso trabalho do GTT, cujo papel e dedicação na sua criação é extremamente valorizado. O CDC de África gostaria de agradecer aos especialistas técnicos do CDC dos EUA que auxiliaram o desenvolvimento do conteúdo específico de doenças deste sistema. O CDC de África agradece aos representantes dos estados-membro que reviram e validaram o sistema.





A importância de uma abordagem «Uma Saúde»

O aumento da globalização, da densidade urbana, da facilidade de deslocação e na movimentação de animais, das mudanças ambientais e da sobreposição de habitats entre seres humanos e animais proporcionam novas oportunidades para o aparecimento e a disseminação de doenças, que afectam negativamente tanto a saúde dos seres humanos como dos animais, a prosperidade e a segurança alimentar. A «Uma Saúde» consiste numa abordagem colaborativa, multisectorial e interdisciplinar utilizada para obter resultados de saúde óptimos tanto para pessoas, comum para animais, plantas e o seu ambiente comum.^{1,2}

Amplamente aprovada e promovida por organizações tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), a abordagem «Uma Saúde» ajuda a lidar com ameaças sanitárias partilhadas, tais como, doenças zoonóticas, resistência antimicrobiana (AMR), segurança alimentar, protecção alimentar, doenças transmitidas por vectores e eventos meteorológicos ou conflitos extremos, que podem perturbar e deslocar populações.³⁻⁵ Muitas iniciativas globais também adoptam uma abordagem «Uma Saúde» para atingir os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), melhorar a segurança sanitária global e cumprir os *Regulamentos Sanitários Internacionais*.⁶⁻¹⁰

Na prática, adoptar uma abordagem «Uma Saúde» envolve a colaboração entre os sectores de saúde humana, animal e ambiental, bem como, outros intervenientes relevantes, na concepção e implementação de programas, políticas, legislação e investigação destinadas a alcançar melhores resultados de saúde para todos. Para além da identificação e controlo das ameaças sanitárias partilhadas, as estratégias, que incorporam uma abordagem «Uma Saúde» também podem levar a uma implementação mais sustentável e económica do programa, em que os recursos e a responsabilidade são partilhados por todas as partes intervenientes relevantes.

Apesar dos conhecidos benefícios e avanços realizados na última década, a institucionalização e a operacionalização do «Uma Saúde» podem ser desafiantes, incluindo a quebra da segregação profissional e programática, que existe actualmente no seio de agências e instituições governamentais e não governamentais. As diferenças na alocação de recursos entre os programas de saúde humana, animal e ambiental, bem como, as disparidades na educação e na formação nos vários campos e disciplinas, exacerbam a incapacidade desses sectores de se coordenarem com eficácia. Além disso, quando os sectores tentam implementar estratégias de prevenção e controlo «Uma Saúde» de uma única doença ou entre programas, estes esforços podem não ser bem integrados entre os sectores. Isto deve-se à falta de coordenação eficaz, orçamento apropriado e/ou indisponibilidade de melhores práticas em que basear a criação e implementação do programa.^{11, 12}



Os Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC da África) reconhecem que as doenças zoonóticas, a segurança alimentar e a resistência antimicrobiana^a são as três áreas que mais necessitam de uma abordagem colaborativa «Uma Saúde» nas nações africanas. O CDC da África também reconhece que um único sistema não pode cobrir de forma abrangente estes três extensos tópicos, logo, optou por focar o presente sistema nas doenças zoonóticas prioritárias às quais os estados-membro podem fazer face através de uma abordagem «Uma Saúde», como parte da melhoria da saúde pública em toda a África.

A «Uma Saúde» e as doenças zoonóticas em África

As doenças zoonóticas são doenças transmitidas entre animais e humanos. Aproximadamente 60% das doenças infecciosas existentes e 75% das novas doenças infecciosas emergentes nos seres humanos são zoonóticas, como por exemplo, a SARS-CoV-2.¹³⁻¹⁵ Globalmente, as doenças zoonóticas encontram-se associadas a 2,5 mil milhões de casos de doenças humanas e 2,7 milhões de mortes anualmente, principalmente nos países em desenvolvimento.¹⁶ O impacto de ambas as doenças zoonóticas endémicas e as emergentes em países subdesenvolvidos é frequentemente desproporcionalmente elevado, devido à falta de mecanismos sustentáveis de coordenação multisectorial, «Uma Saúde», infraestruturas sanitárias inadequadas e falta de recursos para a investigação e controlo de casos e aglomerados.¹⁷

O continente africano tem uma carga significativa de doenças zoonóticas; por exemplo, é responsável por, pelo menos, um terço das mortes por raiva mundiais e quase todos os surtos de Febre do Vale do Rift (RVF).^{18,19} O continente tem vectores eficazes e condições ambientais, que suportam a propagação de doenças zoonóticas com potencial pandémico, tais como, o vírus da gripe zoonótica e febres hemorrágicas virais (VHFs), incluindo os vírus da Ébola, Marburgo, Febre de Lassa e RVF. Por todo o continente, surtos de antraz, ébola, gripe zoonótica e RVF continuam a causar doenças graves e morte em seres humanos e animais, afectando os meios de subsistência e interrompendo o movimento de bens e pessoas, levando à insegurança alimentar e a tensão sobre os sistemas nacionais de saúde, o que por sua vez resulta em enormes perdas económicas para o governo e o sector privado.²⁰

Dada a importância da prevenção e controlo de doenças zoonóticas em África, vários estados-membro utilizaram uma abordagem «Uma Saúde» para dar prioridade a uma lista de doenças zoonóticas para focar os esforços de colaboração em todos os sectores relevantes. A partir de 2015, vários países africanos e uma região, a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), realizaram exercícios de estabelecimento de prioridades, onde especialistas em saúde humana, animal e ambiental colaboram na classificação e determinação das principais doenças zoonóticas de maior preocupação. Isto

^a Consulte <http://www.africacdc.org/> para obter mais informações sobre o Sistema AMR do CDC de África e actividades relacionadas.

forma a base para os planos de abordagem «Uma Saúde» às doenças zoonóticas prioritárias.²¹⁻²⁵ Os resultados desses grupos de estabelecimento de prioridades destacaram uma lista de doenças zoonóticas normalmente prioritárias: a raiva, o vírus da gripe zoonótica, as VHF (incluindo Ébola, Marburgo, Lassa e RVF), o antraz e a brucelose.

Neste sistema, destacamos duas das doenças zoonóticas mais comumente consideradas prioritárias, de acordo com relatórios publicados pelos estados-membro da UA,²¹⁻²³ nomeadamente, a raiva e a gripe zoonótica. Estão também previstas actividades mínimas recomendadas que os institutos nacionais de saúde pública (INSP) e os ministérios da saúde (MdS) devem implementar para estas doenças. Ambas as doenças são de grande preocupação para a saúde pública do continente. Especificamente, a raiva é endémica em todo o continente africano e resulta em cerca de 20 000 mortes por ano.¹⁸ A raiva é quase sempre fatal e sem tratamento disponível, após os sintomas surgirem, mas é 100% evitável. Dada a gravidade desta doença, até à data, a raiva tem tido prioridade em todos os países africanos que realizaram grupos de prioridade de doenças zoonóticas «Uma Saúde».²¹⁻²⁴ A iniciativa *United Against Rabies* («Unidos contra a Raiva») estabeleceu uma meta para eliminar todas as mortes humanas por raiva canina até 2030.^{26,27} Deste modo, para garantir que todos os estados-membro alcançam a capacidade necessária para controlar e, eventualmente, eliminar de África este vírus mortal foram incluídas actividades e orientações específicas para a raiva neste sistema.

Para a gripe zoonótica, a preparação para uma pandemia permanece uma prioridade global e a infraestrutura de vigilância existente tem sido crítica para detectar não apenas novas gripes mas outros patógenos respiratórios emergentes, tal como, o SARS-CoV-2.²⁸⁻³⁰ Tanto a OIE quanto a OMS listaram a gripe como uma doença de notificação imediata.^{31,32} O cumprimento destes requisitos informativos garante que os países estão a aderir ao *Regulamento Sanitário Internacional de 2005* (RSI). A OMS e outros parceiros internacionais têm apoiado os esforços de vigilância da gripe, para ajudar os estados-membro a cumprirem os requisitos do RSI, através de sistemas de vigilância global e regional^{33,34} e redes.^{35,36} Além disso, a OMS lançou a *Global Influenza Strategy* («Estratégia Global Contra a Gripe»)³⁷ para prevenir a gripe sazonal, controlar a disseminação da gripe de animais para humanos e preparar-se para a próxima pandemia de gripe. O presente sistema também apoia esta prioridade global, delineando actividades específicas nas quais os INSP/MdS se podem focar para detectar, responder e controlar qualquer futuro surto de gripe zoonótica, que possa levar à próxima pandemia.

Para além das orientações sobre raiva e gripe zoonótica, este sistema também incorpora actividades e orientações para outras doenças zoonóticas comumente prioritárias (i.e. antraz, brucelose e febres hemorrágicas virais). Os INSP e os MdS são encorajados a desenvolver uma capacidade «Uma Saúde», em colaboração com os sectores relevantes para, pelo menos, três doenças zoonóticas adicionais que se alinhem com as prioridades actuais dos Estados Membros. O fortalecimento da capacidade «Uma Saúde» para, pelo menos, cinco doenças zoonóticas no seio das INS e dos Estados Membros não só aumentará a capacidade vital para combater essas doenças como também colocará um país em capacidade comprovada para cumprir o RSI, tal como medido pela Avaliação Externa Conjunta da OMS (JEE).³⁸



O papel do CDC de África e dos institutos nacionais de saúde pública na melhoria da saúde pública

O CDC de África é uma instituição técnica especializada da União Africana (UA), criada pelos chefes de estado e governos africanos em 2017, com a missão de fortalecer as competências, capacidades e parcerias das instituições de saúde pública de África para detectar e responder, de forma rápida e eficaz a ameaças à saúde e surtos de doenças. Cumpre o seu mandato através de dados científicos e de intervenções e programas impulsionados por dados.

Para cumprir seu mandato, o CDC de África trabalha através de cinco Centros de Colaboração Regional (RCCs) sediados no Egipto, para a região da África do Norte, no Gabão, para a região da África Central, no Quênia, para a região da África Oriental, na Nigéria para a região da África Ocidental e na Zâmbia para a Região da África Austral. Os RCCs do CDC de África apoiam os estados-membro, garantindo a melhoria das infraestruturas e o reforço da capacidade das redes regionais integradas para a vigilância de doenças, incluindo laboratórios e preparação e resposta a emergências. Os RCCs, por sua vez, trabalham directamente com os INSP e os MdS dos estados-membro. Os INSP são instituições a nível nacional, que lideram e coordenam as funções de saúde pública, incluindo a vigilância de doenças, os sistemas e redes laboratoriais, a preparação e a resposta a emergências e a investigação na área da saúde pública. Os INSP são organizações governamentais, com base científica, que atuam como um ponto focal para os esforços e serviços de saúde pública de um país, para apoiar os mandatos do MdS. Actualmente existem INSP funcionais em alguns países africanos, com muito mais países a desenvolverem e a fortalecerem os seus respectivos INSP.

O CDC de África está a trabalhar no sentido de estabelecer uma nova ordem de saúde pública em África, na qual os estados-membros tenham capacidade para assumir o controlo e a responsabilidade pela saúde e o bem-estar das suas populações, através da criação de uma força laboral de saúde pública, da coordenação e optimização de parcerias, da exploração dos recursos da saúde pública através de RCC e INSP e ao apoiar decisões e políticas de saúde pública orientadas por dados de qualidade e criar parcerias filantrópicas privadas para potenciar os recursos. Para atingir estes objectivos, o CDC de África encontra-se a promover o estabelecimento e fortalecimento dos INSP em todos os 55 estados-membro. Para mais informações sobre a estratégia do CDC de África para o INSP, por favor consulte o actual *Plano Estratégico do CDC de África (2017-2021)*.³⁹

O CDC de África procura capacitar os INSP dos estados-membro para prevenir, responder e controlar eventos de saúde pública no continente e para alcançar a *Agenda 2063: A África Que Queremos*, utilizando uma abordagem «Uma Saúde». Como um primeiro passo, os INSP, instituições de saúde pública semelhantes^b e os MdS estão a ser apoiados para construir uma capacidade «Uma Saúde», ao mesmo tempo que melhoram os esforços de coordenação para a prevenção e controlo de doenças zoonóticas prioritárias através de outras partes integrais do sector da saúde.

Considerando que a «Uma Saúde» requer uma abordagem colaborativa, multisectorial e transdisciplinar, o presente sistema vai contribuir para a estratégia «Uma Saúde» proposta pela União Africana, a ser desenvolvida conjuntamente pelas instituições relevantes da mesma, para abordarem estas ameaças sanitárias partilhadas de uma forma mais holística.

A importância de integrar a «Uma Saúde» nos institutos nacionais de saúde pública

O CDC de África reconhece que é necessária uma abordagem «Uma Saúde» para realizar uma vigilância e um controlo de doenças infecciosas, de forma eficaz e eficiente, bem como, uma preparação e resposta a situações de emergência. Deste forma, o CDC de África encontra-se empenhado em garantir que os INSP, normalmente integrados nos MdS, institucionalizam a abordagem a «Uma Saúde» nos seus esforços de planeamento, distribuição, execução e avaliação. A prática de «Uma Saúde» é dificultada, na maioria dos países, por coordenação abaixo do ideal dentro e entre os programas de saúde humana, animal e ambiental, que muitas vezes falham em partilhar informações e recursos.^{11,12} Integrar «Uma Saúde» nos INSP ajudará a garantir que o sector de saúde humana trabalha de forma adequada e activa em todos os setores relevantes.

O CDC de África considera a prevenção e o controlo de doenças zoonóticas a primeira prioridade para a incorporação da «Uma Saúde» na prática de saúde pública, por parte dos INSP. Isto porque, a prevenção e o controlo eficazes de doenças zoonóticas não só requerem a capacidade adequada em todas as funções essenciais de saúde pública de um INSP, mas também a coordenação com outros sectores.⁴⁰ Idealmente, a implementação de programas eficazes de doenças zoonóticas levará os INSP a expandirem a sua acção a outras ameaças à saúde de interacção humano-animal-ambiente, como a RAM, as alterações climáticas e a segurança alimentar.

^b Instituições de saúde pública semelhantes são instituições mandatadas pelo governo que realizam pelo menos cinco das funções essenciais dos INSP. Consulte: <http://www.africacdc.org/> e <http://www.ianphi.org/resources/toolkit/guidelinesforafricanphis.html>.

Objectivo deste sistema «Uma Saúde»

O objectivo deste sistema é fornecer um conjunto de objectivos mínimos, atividades propostas e orientações específicas, que os INSP e os MdS devem adoptar para lidar com as doenças zoonóticas prioritárias. Destaca ainda como as abordagens «Uma Saúde» fortalecem a colaboração entre os sectores relevantes para controlar estas ameaças sanitárias partilhadas. O presente documento encontra-se em conformidade com o actual *Plano Estratégico do CDC de África (2017-2021)*³⁹ e com o seu foco nos INSP. Ao adoptar as recomendações do presente documento, espera-se que os INSP:

- ▶ Apoiem e colaborem com as principais partes interessadas, em todos os sectores relevantes, para fortalecer a coordenação, colaboração e comunicação «Uma Saúde»;
- ▶ Desenvolvam e fortaleçam sistemas de vigilância e mecanismos de partilha de dados com as partes interessadas relevantes;
- ▶ Fortaleçam os sistemas e redes laboratoriais para garantir a detecção precoce, a vigilância e a resposta a doenças zoonóticas prioritárias, através de uma abordagem «Uma Saúde»;
- ▶ Garantam a preparação e resposta eficazes e coordenadas a emergências de saúde pública usando uma abordagem «Uma Saúde»;
- ▶ Fortaleçam e apoiem o desenvolvimento da força de trabalho, utilizando uma abordagem «Uma Saúde» para prevenir e controlar doenças zoonóticas prioritárias.

O presente sistema deve ser utilizado em conjunto com os outros recursos mencionados no presente documento. Trata-se de um guia prático para os INSP mas não uma referência obrigatória para doenças individuais ou abordagens de saúde pública. Nos casos em que os estados-membro tenham desenvolvido capacidade para as actividades propostas neste sistema, recomenda-se aos países, que se concentrem nas actividades adicionais que ainda não implementaram.

Como os CDC/RCC da África vão apoiar a implementação do sistema

O presente sistema foi desenvolvido pelo CDC de África para fornecer uma abordagem padrão, que oriente a prevenção, o controlo ou os esforços de eliminação das doenças zoonóticas prioritárias, através de uma abordagem «Uma Saúde». Para apoiar a implementação do sistema nos estados-membro, o CDC de África e os RCC deverão:

- ▶ apoiar o estabelecimento e o fortalecimento dos INSP em todos os 55 estados-membro da União Africana, tendo a «Uma Saúde» como o princípio orientador central;
- ▶ apoiar os estados-membro a expandirem a participação dos INSP em mecanismos de coordenação multisectoriais «Uma Saúde» e promover o estabelecimento de tais mecanismos, onde os mesmos não existam;
- ▶ estabelecer ou fortalecer iniciativas continentais e regionais para abordar as doenças zoonóticas prioritárias, através da abordagem «Uma Saúde»;
- ▶ desenvolver mecanismos de partilha de dados e feedback entre os INSP e o CDC de África;
- ▶ apoiar reuniões continentais e regionais para partilha de experiências, desafios e melhores práticas na prevenção e controlo de doenças zoonóticas;
- ▶ desenvolver uma agenda de investigação operacional «Uma Saúde», relevante para todos os países africanos;
- ▶ desenvolver mecanismos para monitorizar a implementação deste sistema ao nível nacional e regional;
- ▶ apoiar e possibilitar o destacamento de uma força de trabalho multisectorial, para apoiar a resposta a emergências de saúde pública, usando o Corpo de Saúde de Voluntários Africano (AVoHC);
- ▶ desenvolver materiais de formação para ajudar a desenvolver as capacidades da força de trabalho «Uma Saúde», em todos os estados-membro.

Secção 1: Metas, objectivos e actividades



Esta secção foca-se em cinco metas para a implementação da «Uma Saúde» nos INSP: coordenação e colaboração «Uma Saúde» multissetorial, vigilância e partilha de dados, capacidade dos sistemas laboratoriais, preparação e resposta a emergências e desenvolvimento da força de trabalho. Cada meta inclui objectivos, actividades, recursos nos quais se baseiam a implementação e os indicadores para a avaliação do progresso.

Meta n.º 1:

Fortalecer a coordenação e a colaboração multisectorial «Uma Saúde»

Os ISNP devem ser envolvidos na criação e/ou fortalecimento de mecanismos de coordenação multisectoriais «Uma Saúde» (MCM). Um MCM deve incluir representação de todos os sectores relevantes, incluindo dos sectores governamentais e dos parceiros envolvidos na saúde humana, animal e ambiental. Como parte destes MCM, os INSP devem colaborar com as outras partes interessadas no sentido de desenvolver ou fortalecer as estratégias de controlo e as diretrizes para as doenças zoonóticas prioritárias.

Objectivo n.º 1.1: Apoiar a criação e/ou o fortalecimento de mecanismos de coordenação multisectoriais «Uma Saúde» (MCM)

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|---|--|
| 1.1.1 | Envolvimento no desenvolvimento e na melhoria do desempenho dos MCM ^c (por ex., um comité formal ou um memorando de entendimento). | <ul style="list-style-type: none">• FAO/OIE/OMS: <i>Adoptar uma abordagem multisectorial «Uma Saúde»: Um guia tripartido para a abordagem das doenças zoonóticas nos países</i>^{d2}• APP «Uma Saúde» (OH-APP)^{d1}• Parâmetros de referência da OMS para as capacidades do Regulamento Sanitário Internacional (Parâmetros de referência do RSI da OMS)⁶• Banco Mundial: Sistema operacional «Uma Saúde» para o reforço dos sistemas de saúde humano, animal e ambiental na sua interação mútua [Sistema «Uma Saúde» do Banco Mundial]^{d2}• OMS: <i>Evento de saúde pública de etiologia desconhecida: Um sistema de preparação e resposta na região africana</i>^{d3} | <ul style="list-style-type: none">• Inclusão dos INSP (ou órgão de saúde pública semelhante) no MCM de um país• Funções e responsabilidades dos INSP claramente definidas dentro do sistema organizacional dos MCM• Estrutura definida do MCM• O MCM possui um orçamento calculado em vigor |

^c Os MCM deverão possuir algum tipo de sistema organizacional, que identifique as partes interessadas e as suas funções e responsabilidades.

^d Também conhecido como Guia Tripartido das Zoonoses (ou TZG).

| | | | |
|-------|---|--|---|
| 1.1.2 | Participação de rotina dos INSP em reuniões regulares do MCM. | <ul style="list-style-type: none"> • OMS. 2012. Encontro sobre a abordagem «Uma Saúde» na região africana da OMS tem início em Libreville).⁴⁴ • OMS. 2016. Relatório da reunião técnica e ministerial sobre a abordagem «Uma Saúde» às Doenças Zoonóticas e Ameaças de Saúde Pública Relacionadas.⁴⁵ | Número e proporção de reuniões regulares do MCM, em que os INSP se encontravam representados, medido anualmente |
|-------|---|--|---|

Objectivo n.º 1.1: Apoiar a criação e/ou o fortalecimento de mecanismos de coordenação multissetoriais «Uma Saúde» (MCM)

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|--|---|---|
| 1.1.3 | Aumentar a consciencialização em diferentes países em relação à abordagem «Uma Saúde» no sentido de enfrentar doenças zoonóticas. | <ul style="list-style-type: none"> • FAO/OIE/OMS: TZG² • Parâmetros de referência do RSI da OMS⁶ • Sistema «Uma Saúde» do Banco Mundial⁴² | <ul style="list-style-type: none"> • Número de eventos de sensibilização das partes interessadas • Número de eventos de consciencialização/sensibilização pública • Comprovação do compromisso do governo através da sensibilização |
| 1.1.4 | OPCIONAL: ⁴³ Desenvolver uma agenda de investigação operacional sobre a melhor forma de implementar a abordagem «Uma Saúde» para a prevenção e o controlo de doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> • Gripe zoonótica: Ferramentas de avaliação e revisão de capacidade do CDC dos EUA;⁴⁶ CDC dos EUA: Ferramentas de modelação de pandemia⁴⁷ • Lebov et al: Um sistema para investigação «Uma Saúde»⁴⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Áreas de investigação prioritárias identificadas «Uma Saúde» • Agenda e modelo de investigação operacional lançados • Fundo e conselho de investigação operacional estabelecidos • Número de notas/propostas conceptuais de projetos de investigação operacional desenvolvidas e financiadas |

Objectivo n.º 1.2: Desenvolver e implementar programas de prevenção e controlo de doenças zoonóticas prioritárias em colaboração com o MCM

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|--|--|--|
| 1.2.1 | Apoiar e rever os esforços de priorização de doenças zoonóticas «Uma Saúde», sempre que necessário. | <ul style="list-style-type: none"> • Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC-CEPCD): <i>Ferramenta ECDC para a priorização de ameaças de doenças infecciosas</i>⁴⁹ • FAO/OIE/OMS: TZG (Capítulo 4) ² • CDC dos EUA: <i>Ferramenta de priorização de doenças zoonóticas «Uma Saúde» (OHZDP-PDZOH)</i>²¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Lista nacional priorizada de doenças zoonóticas de maior preocupação, desenvolvida utilizando uma abordagem «Uma Saúde» • Actualizações anuais do mecanismo de priorização, registo de nova informação, novas partes interessadas e actualizações de prioridades e/ou epidemiologia da doença |
| 1.2.2 | Participar em workshops regionais de priorização de doenças zoonóticas «Uma Saúde» para a região e apoiar os países sempre que necessário. | <ul style="list-style-type: none"> • Ferramenta de priorização ECDC⁴⁹ • CDC dos EUA: <i>Ferramenta de priorização de doenças zoonóticas «Uma Saúde» (OHZDP-PDZOH)</i>²¹ • FAO/OIE/OMS: TZG (Capítulo 4) ² • OMS: <i>Metodologia para dar prioridade a doenças emergentes graves para investigação e desenvolvimento</i>.⁵⁰ | Lista priorizada de doenças zoonóticas de maior preocupação, desenvolvida utilizando uma abordagem «Uma Saúde» para colaboração conjunta na região |

Objectivo n.º 1.2: Desenvolver e implementar programas de prevenção e controlo de doenças zoonóticas prioritárias em colaboração com o MCM

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|--|---|
| 1.2.3 | <p>Liderar e/ou apoiar o desenvolvimento de um Plano Estratégico Nacional multisectorial «Uma Saúde» ou de outros planos específicos para cada doença, para a prevenção e controlo do antraz, brucelose, raiva, VHFs, gripe zoonótica e outras doenças zoonóticas prioritárias específicas de cada país. Assegurar uma liderança forte e o envolvimento do governo nos processos de planeamento e implementação.</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir funções e responsabilidades para todos os sectores participantes Avaliar as capacidades actuais como base de planos estratégicos e de ação. | <ul style="list-style-type: none"> FAO/OIE/OMS: TZG (Capítulo 5) ² OMS: Avaliação Externa Conjunta⁸ OMS: Plano nacional de ação para a segurança sanitária⁹ Georgetown University: <i>Ferramenta de custo RSI</i>⁵¹ OMS: <i>Workshop nacional de ligação HR-PVS</i>⁵² <i>Ferramenta de avaliação de vigilância da FAO (SET)</i>⁵³ Antraz: <i>Sistema para optimização da prevenção e controlo de antraz do CDC dos EUA</i>⁵⁴ Brucelose: <i>Ferramenta faseada para a eliminação da brucelose (STEB)</i>⁵⁵ Raiva: <i>Abordagem passo a passo para a eliminação da raiva (SARE)</i>,^{56,57} <i>Plano de trabalho prático para alcançar a eliminação da raiva (PWARE)</i>,⁵⁸ <i>Canine rabies blueprint</i>⁵⁹ VHFs: Estratégia de Ébola e Marburgo da OMS⁶⁰ Gripe zoonótica: OMS: Passos fundamentais para desenvolver ou actualizar um plano nacional de preparação para uma pandemia de gripe;⁶¹ Ferramentas de avaliação e revisão de capacidade do CDC dos EUA;⁴⁶ Recursos federais de planeamento do CDC dos EUA⁶² | <ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de planos estratégicos nacionais «Uma Saúde», com orçamentos com metas, objectivos, passos de implementação, funções e responsabilidades claramente definidos para grupos de partes interessadas e uma estrutura de monitorização e avaliação (M&A) Planos nacionais de prevenção e controlo de doenças específicas, desenvolvidos e implementados com metas, objectivos, passos de implementação e funções e responsabilidades claramente definidos para os grupos multisectoriais das partes interessadas Relatórios anuais sobre o estado da implementação dos planos estratégicos |
| 1.2.4 | <p>Desenvolver e apoiar grupos de trabalho (ou grupos operacionais) para implementar planos nacionais e/ou para doenças específicas de prevenção e controlo de zoonoses prioritárias.</p> | <ul style="list-style-type: none"> FAO/OIE/OMS: TZG (Capítulo 3.2.7);² Estabelecer subgrupos necessários e definir suas tarefas: Estabelecer subgrupos necessários e definir suas tarefas Brucelose: <i>Ferramenta faseada para a eliminação da brucelose (STEB)</i>⁵⁵ Raiva: <i>Canine rabies blueprint</i>⁵⁹ VHFs: Estratégia de Ébola e Marburgo da OMS⁶⁰ Gripe zoonótica: CDC da OMS Centro Colaborador para a Vigilância, Epidemiologia e Controlo da Gripe;⁶³ Centros Nacionais de Influenza da OMS;⁶⁴ Plano norte-americano para a gripe animal e pandémica;⁶⁵ CDC dos EUA IRAT⁶⁶ e TIPRA da OMS ⁶⁷ | <ul style="list-style-type: none"> Número de grupos de trabalho ou grupos de operação multisectoriais, para doenças específicas, formados ao nível nacional/regional, incluindo dos INSP, com definição clara de funções e responsabilidades e termos de referência Número de reuniões bianuais convocadas para rever informação para ajustar objectivos e metas programáticas |
| 1.2.5 | <p>Identificar e participar em iniciativas regionais para doenças zoonóticas prioritárias.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Raiva: Rede Pan-Africana de Controlo da Raiva (PARACON),⁶⁸ Rede de Raiva da África Oriental,⁶⁹ Bases de dados regionais e internacionais de Raiva,⁷⁰ MERACON para países norte-africanos.⁷¹ Gripe zoonótica: Rede Africana de Vigilância e Epidemiologia da Gripe (ANISE);⁷² <i>Plano da América do Norte para a gripe animal e pandémica (NAPAPI)</i>,⁶⁸ e <i>estratégia Ásia-Pacífico para doenças emergentes e emergências de saúde pública (APSED)</i>⁷³ | <ul style="list-style-type: none"> Participação dos INSP em iniciativas regionais para doenças prioritárias Os INSP apoiam a partilha de dados relevantes com entidades internacionais (OMS, OIE ou plataformas regionais) |

Objectivo n.º 1.2: Desenvolver e implementar programas de prevenção e controlo de doenças zoonóticas prioritárias em colaboração com o MCM

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|---------------------------|--|---|--|
| 1.2.6 Transfronteiriça | Trabalhar com os RCC e as comunidades económicas regionais (REC) para desenvolver protocolos de partilha de informação entre sectores e países vizinhos, incluindo que informação partilhar e quando, antes e durante uma emergência de saúde pública. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Módulos de formação em vigilância e colaboração transfronteiriça da Equipa Global de Saúde nas Fronteiras (GBHT)</i> do CDC dos EUA⁷⁴ • Redes Regionais Integradas de Vigilância e Laboratório (RISLNET)⁷⁵ • Gripe zoonótica: Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza (GISRS)⁷⁶ | <ul style="list-style-type: none"> • Um consenso e plano multisectorial a nível nacional desenvolvido para o fluxo transfronteiriço de informação sobre doenças zoonóticas prioritárias • Planos binacionais para a partilha de informações sobre as doenças zoonóticas prioritárias com todos os países vizinhos • Planos multinacionais (regionais) para a partilha de informações sobre doenças zoonóticas prioritárias com todos os países vizinhos |
| 1.2.7 Transfronteiriça | Avaliar a capacidade, a nível nacional, para detectar doenças zoonóticas prioritárias em animais e produtos de origem animal, em postos fronteiriços estabelecidos e passagens fronteiriças terrestres informais. | <ul style="list-style-type: none"> • Guia de pontos de entrada (PoE) do RSI⁷⁷ • CDC dos EUA Guia de discussão da capacidade sanitária fronteiriça em adaptação para o sector animal⁷⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de PoE a nível nacional (por ex., proporção de PoE que possuem bons recursos e monitorizam sistematicamente a importação e exportação de animais e produtos de origem animal) • Número de PoE com planos de acção de melhoria contínua, baseados em resultados de avaliações |

Meta n.º 2:

Desenvolver e fortalecer sistemas de vigilância e mecanismos de partilha de dados com as partes interessadas relevantes

Em países, onde não existem sistemas coordenados de vigilância de doenças zoonóticas entre os sectores de saúde humana, animal e ambiental, os INSP devem contribuir para o desenvolvimento e implementação de sistemas coordenados de vigilância, baseados em indicadores e eventos, para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais. Em países com sistemas de vigilância coordenados para a raiva e a gripe zoonótica já existentes, os INSP devem fortalecer a interoperabilidade desses sistemas com as partes interessadas relevantes, para apoiarem os esforços de prevenção e controlo. Os esforços para estabelecer e fortalecer a vigilância de outras doenças zoonóticas prioritárias, para além da gripe zoonótica e da raiva, também devem ser apoiados pelos INSP estabelecidos. Os INSP devem trabalhar com os MCM e outros parceiros para estabelecer mecanismos formais de partilha de dados.

Objectivo 2.1: Estabelecer vigilância baseada em indicadores e eventos para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|---|--|
| 2.1.1 Raiva | Estabelecer e realizar a vigilância da gestão integrada de casos de mordida (IBCM). • Garantir que as actividades de vigilância se encontram vinculadas aos sistemas de laboratório. | <ul style="list-style-type: none"> • OMS <i>Consulta de peritos em Raiva (Capítulo 8)</i>⁷⁹ • Rysava et al: <i>No caminho para a eliminação da raiva: A necessidade de avaliações de risco para melhorar a administração da profilaxia após a exposição</i>⁸⁰ • Borse et al: <i>Relação de custo-eficácia dos programas de vacinação contra a raiva canina na África Oriental</i>⁸¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Análise económica da implementação e execução de vigilância IBCM e de um programa de controlo da raiva • Definições de caso padrão e critérios de relatório para o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> – ocorrência de mordida de animal – raiva animal – raiva humana |

Objectivo 2.1: Estabelecer vigilância baseada em indicadores e eventos para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|--------------------------|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Anderson et al: <i>Um modelo bioeconómico para optimização do controlo local da raiva canina</i>⁸² • O Conselho de Epidemiologistas Estatais e Territoriais (CSTE): <i>Relatório de Saúde Pública e Notificação Nacional para a Raiva Animal</i>⁸³ • OMS/CDC: <i>Orientações técnicas para a vigilância e resposta integrada às doenças na Região Africana</i>³⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Taxa de mordidas de animais tratadas pelo sector de saúde público e privado (número de mordidas tratadas por centro, por semana) • Número de formações ou actividades de desenvolvimento da força de trabalho realizadas para fortalecer a vigilância da raiva • Força laboral existente e lacunas na mesma para a realização das actividades de vigilância de raiva identificadas • Procedimento de relatório padrão para o número de mordidas de animais tratadas por uma unidade de saúde, por semana |
| 2.1.2 Gripe zoonótica | <p>Estabeleça critérios de sinalização para investigar casos incomuns ou aglomerados de gripe não sazonal e outras doenças respiratórias agudas emergentes. Estabelecer e executar sistemas de vigilância com base em indicadores (IBS) e com base em ocorrências (EBS) e desenvolver capacidades para detectar e responder aos sinais indicativos de ocorrências de gripe zoonótica (nova e endémica), para notificação imediata às autoridades de saúde pública, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudanças abruptas e inesperadas nas tendências ou na evolução clínica de doenças tipo gripe (ILI) e infeções respiratórias graves agudas (SARI). • Aglomerados de ILI ou SARI em famílias, redes sociais ou locais de trabalho (particularmente em profissionais de saúde). • Doenças respiratórias em humanos associadas a doenças de aves ou outros animais. • Surto de mortes ou doenças suspeitas e provavelmente relacionadas com doenças de aves ou outros animais. • Casos humanos de infeção por um novo vírus de gripe. | <ul style="list-style-type: none"> • OMS: <i>Uma lista de verificação para o risco e o impacto de uma pandemia de gripe</i>⁸⁴ • OMS: <i>Guia de vigilância durante uma pandemia de gripe</i>⁸⁵ • CDC dos EUA: <i>Surto de doenças respiratórias inexplicados</i>⁸⁶ • CDC dos EUA: <i>Recursos federais para o planeamento</i>⁶² • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁸⁷ • CDC de África: <i>Protocolo para o Reforço da Vigilância de Doenças Respiratórias Agudas e Doenças Associadas à Gripe para o COVID-19 em África</i>²⁸ • CDC dos EUA Qual a acção do CDC relativamente às novas gripes: Investigações de surtos⁸⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Implementação de vigilância da gripe zoonótica humana e animal para gripe não sazonal, com potencial pandémico, com os seguintes atributos: <ul style="list-style-type: none"> – Oportuna, sensível, específica, eficiente e sustentável – Pode ser utilizada para sistemas de alerta precoce e detecção de novos vírus da gripe, não sazonais e sazonais – Dados disponíveis e fiáveis sobre disseminação geográfica, tendências de doenças, intensidade de transmissão e mudanças na antigenicidade e sensibilidade antiviral – Apoia a identificação de factores que contribuem para a ocorrência e gravidade de casos em ambientes propensos a surtos |
| 2.1.3 | <p>Garantir a inclusão de, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais nas listas de doenças notificáveis para os sistemas de IBS, tal como, vigilância integrada da doença e resposta (IDSR).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • OMS/CDC: <i>Orientações técnicas para a vigilância e resposta integrada às doenças na Região Africana</i>³⁴ • Antraz: <i>Antraz em humanos e animais – 4ª edição</i>⁸⁹ • Brucelose: OMS/OIE/FAO <i>Brucelose em humanos e animais</i>⁹⁰ • VHF: <i>Estratégia de Ébola e Marburgo da OMS</i>⁹⁰ • Gripe zoonótica: CDC dos EUA: <i>Ferramenta de priorização de doenças zoonóticas «Uma Saúde» (OHZDP).21 E Gripe em animais.</i>⁹¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Número de doenças zoonóticas prioritárias incluídas nas listas de doenças notificáveis • Notificação sistemática de casos de doenças zoonóticas prioritárias através de IDSR ou de um sistema de vigilância equivalente • Feedback regular para fornecedores de dados sobre a epidemiologia de doenças zoonóticas prioritárias |

Objectivo 2.1: Estabelecer vigilância baseada em indicadores e eventos para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|--|---|
| 2.1.4 | Desenvolver e partilhar definições de casos e sinais (para IBS e EBS) para doenças/ocorrências zoonóticas prioritárias com hospitais, médicos e outros responsáveis de saúde pública e animal, a todos os níveis administrativos. | <ul style="list-style-type: none"> • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁸⁷ • OMS/CDC: <i>Orientações técnicas para a vigilância e resposta integrada às doenças na Região Africana</i>³⁴ • Antraz: <i>Antraz em humanos e animais – 4ª edição</i>⁸⁹ • Brucelose: <i>Brucelose em humanos e animais</i>»;⁹⁰ <i>Guia de referência da Brucelose do CDC: Exposição, testagem e prevenção.</i>⁹² • VHF: 2011 <i>Sistema Nacional de Vigilância de Doenças de Notificação dos EUA (NNDSS) Definição de Caso VHF; Estratégia para o vírus Ébola e Marburgo da OMS</i>,⁶⁰ <i>Definição de casos do CDC para doença do vírus Ébola</i>,⁹³ • Gripe zoonótica: Vírus de especial preocupação.⁹⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Definições de relatório de casos criadas para doenças zoonóticas prioritárias • As definições de caso são partilhadas a todos os níveis administrativos • As definições de caso são usadas por profissionais de saúde, veterinários, para-veterinários e outros profissionais técnicos relevantes |
| 2.1.5 | Monitorização rotineira da internet e dos média em busca de relatórios de mortes de animais ou surtos relevantes para as doenças zoonóticas prioritárias, para apoiar a EBS. | <ul style="list-style-type: none"> • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁸⁷ • OMS/WPRO: <i>Guia para o estabelecimento de Vigilância Baseada em Ocorrências (EBS)</i>⁹⁵ • OMS: <i>Detecção precoce, avaliação e resposta a eventos agudos de saúde pública</i>⁹⁶ • OMS. <i>Inteligência Epidemiológica da Iniciativa de Fontes Abertas (EIOS)</i>⁹⁷ • Rede Global de Inteligência em Saúde Pública (GPHIN)⁹⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo estabelecido para a monitorização da internet e dos média, incluindo verificação de ocorrências • Partilha regular de dados sobre ocorrências verificadas • Desenvolvimento de uma estratégia/procedimento de comunicação às partes interessadas de ocorrências verificadas |
| 2.1.6 | Desenvolver um mecanismo fiável para linhas directas nacionais, para receber, avaliar e processar comunicações do público sobre doenças zoonóticas prioritárias, de modo a apoiar a EBS. | <ul style="list-style-type: none"> • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁸⁷ • OMS/WPRO: <i>Guia para o estabelecimento de Vigilância Baseada em Ocorrências (EBS)</i>⁹⁵ • OMS: <i>Sistema de Alerta, Alerta e Resposta Precoce (EWARS)</i>⁹⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um protocolo para a recepção e registo de informações através de linhas directas e a sua verificação • Estabelecer mecanismos padrão para verificação de ocorrências • Partilha regular de dados sobre ocorrências verificadas |
| 2.1.7 | Integrar doença febril aguda, VHF e ocorrências de infecção respiratória aguda em EBS existentes, especificamente vigilância baseada na comunidade. | <ul style="list-style-type: none"> • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁸⁷ • OMS/CDC: <i>Orientações técnicas para a vigilância e resposta integrada às doenças na Região Africana</i>³⁴ • Exemplo do Senegal de vigilância baseada em ocorrências¹⁰⁰ • VHF: <i>Estratégia de Ébola e Marburgo da OMS</i>⁶⁰ • OMS: <i>Sistema de Alerta, Alerta e Resposta Precoce (EWARS)</i>⁹⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo estabelecido para a detecção de sinais na comunidade, como verificá-los, reportá-los e registá-los • Partilha regular de dados sobre ocorrências verificadas |
| 2.1.8 | Executar vigilância baseada nas unidades de saúde para doenças febris agudas (AFI), VHF, encefalite/meningite (E/M) e ocorrências de infecção respiratória aguda. | <ul style="list-style-type: none"> • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁸⁷ • Raiva na vigilância de AFI e/ou encefalite/meningite¹⁰¹ • OMS: <i>Sistema de Alerta, Alerta e Resposta Precoce (EWARS)</i>⁹⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de AFI ou E/M que satisfaçam a definição de caso suspeito de raiva humana • Número de casos de suspeita de raiva humana investigados • Número de investigações que resultaram na colheita de amostras em ambos os domínios (saúde animal e pública) • Número de casos confirmados por laboratório identificados em ambos os domínios |

Objectivo 2.2: Apoiar novos e fortalecer os mecanismos existentes de partilha de informações e dados com as partes interessadas «Uma Saúde» relevantes, para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|--|--|
| 2.2.1 | Mapear mecanismos e fontes de partilha de dados existentes, incluindo memorandos de acordo e plataformas de partilha de dados, estabelecidos com as partes interessadas «Uma Saúde» relevantes, para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> FAO/OIE/OMS: TZG² Um conjunto de ferramentas de mapeamento e análise de sistemas «Uma Saúde» (OH-SMART)¹⁰² OMS: <i>Desenvolvimento de normas globais para partilha de dados e resultados durante emergências de saúde pública</i>¹⁰³ OMS: Ferramenta de acordos de transferência de materiais (MTA)¹⁰⁴ Gripe zoonótica: Sistema Global de Vigilância e Resposta da OMS contra a Gripe (GISRS)⁷⁶ | <ul style="list-style-type: none"> Número de sectores com acordos de partilha de dados de vigilância para as doenças zoonóticas prioritárias em vigor Número de acordos de partilha de dados para as doenças zoonóticas prioritárias entre os diferentes sectores relevantes |
| 2.2.2 | Criar uma meta de vigilância coordenada e identificar e uniformizar elementos/variáveis de dados para a partilha com os sectores relevantes. | <ul style="list-style-type: none"> FAO/OIE/OMS: TZG² Antraz: OMS <i>Antraz em humanos e animais- 4ª edição (Capítulo 9)</i>⁸⁹ Brucelose: <i>Normas e estratégias de vigilância, prevenção e controlo de doenças transmissíveis recomendadas pela OMS (Capítulo de Brucelose)</i>¹⁰⁵ Raiva: <i>Consulta de especialistas em Raiva (Anexo 12); 65 OMS Normas e estratégias de vigilância, prevenção e controlo de doenças transmissíveis recomendadas pela OMS (Capítulo da Raiva)</i>¹⁰⁶ VHFs: <i>Normas e estratégias de vigilância, prevenção e controlo de doenças transmissíveis recomendadas pela OMS (Capítulo de síndrome de febre hemorrágica aguda)</i>¹⁰⁷ Gripe zoonótica: OMS Vigilância e monitorização da gripe;¹⁰⁸Sistema de vigilância da gripe do CDC dos EUA: Finalidade e métodos¹⁰⁹ | <ul style="list-style-type: none"> Meta de vigilância coordenada acordada por todos os sectores relevantes As variáveis uniformizadas são partilhadas com os outros sectores relevantes |
| 2.2.3 | Estabelecer e operacionalizar mecanismos para a notificação de ocorrências de RSI e OIE (ou seja, doenças animais terrestres e aquáticas notificáveis). | <ul style="list-style-type: none"> Requisitos de notificação global: <ul style="list-style-type: none"> RSI da OMS (Anexo 2); ¹¹⁰ Sistema de M&A do RSI¹¹¹ OIE: Doenças listadas da OIE 2020¹¹² | Notificação de ocorrências de RSI e OIE para as gripes zoonóticas, raiva e outras doenças zoonóticas prioritárias |

Objectivo 2.2: Apoiar novos e fortalecer os mecanismos existentes de partilha de informações e dados com as partes interessadas «Uma Saúde» relevantes, para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|--|--|---|
| 2.2.4 | Desenvolver e constituir, formalmente, uma equipa de vigilância conjunta dos sectores humano, animal e ambiental, com o propósito de planear, implementar e avaliar regularmente os esforços coordenados de vigilância para as doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁹⁷ • Antraz: <i>Sistema para optimização da prevenção e controlo de antraz do CDC dos EUA</i>⁵⁴ • Brucelose: <i>Ferramenta faseada para a eliminação da brucelose (STEB)</i>⁵⁵ • Raiva: <i>Investigação de mortes humanas por raiva canina, Haiti, 2015</i>,⁹⁹ <i>Estabelecimento de uma elevada carga de raiva canina no Haiti, através da implementação de um novo sistema de vigilância</i>³³ • VHF: Estratégia de Ébola e Marburgo da OMS⁶⁰ • Gripe zoonótica: Actividade e vigilância da gripe CDC dos EUA¹¹⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos aprovados por todos os sectores relevantes para a avaliação conjunta de risco, investigação, vigilância e actividades de resposta a surtos, relacionadas com as doenças zoonóticas prioritárias • Acordos em vigor entre todos os sectores relevantes para a partilha de dados de vigilância sobre doenças zoonóticas prioritárias • Percentagem de reuniões da unidade EBS com os sectores relevantes representados |
| 2.2.5 | Divulgar informações de vigilância relevantes (por ex. notas de reuniões, boletins semanais, etc.) a voluntários de saúde comunitária, profissionais de saúde e pessoal zoonótico e veterinário e outras entidades relevantes, para contribuir para os esforços de prevenção e controlo. | <ul style="list-style-type: none"> • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁶⁷ • Antraz: <i>Sistema para optimização da prevenção e controlo de antraz do CDC dos EUA</i>⁵⁴ • Raiva: <i>Plano de Raiva Canina: Plano de comunicações</i>¹¹⁵ • Gripe zoonótica: Actividade e vigilância da gripe CDC dos EUA¹¹⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de produtos de vigilância desenvolvidos disseminados para os voluntários de saúde comunitária, os profissionais de saúde e as equipas zoonóticas e veterinárias • Comprovação de que as estruturas de disseminação de informação foram implementadas e são funcionais |
| 2.2.6 | Estabelecer e implementar ferramentas de vigilância electrónica integradas e interoperáveis e um repositório de dados para doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> • Raiva: <ul style="list-style-type: none"> – App Missão Raiva¹¹⁶ • <i>Boletim Epidemiológico da Raiva da GARC</i>¹¹⁷ – Vigilância integrando filogenética e epidemiologia para eliminação de doenças: avaliação de controlo de raiva nas Filipinas (SPEEDIER)¹¹⁸ • Gripe zoonótica: Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza (GISRS) (GISRS)⁷⁶ | Sistemas de vigilância e de repositório para doenças zoonóticas prioritárias, estabelecidos e funcionais, a nível nacional |

Meta n.º 3:

Fortalecer os sistemas e redes laboratoriais para garantir a deteção precoce, a vigilância e a resposta

Cada país deve ter, pelo menos, um laboratório de referência que possa testar a raiva e a gripe zoonótica, bem como, três outras doenças zoonóticas prioritárias. Os INSP deverão conduzir ou apoiar avaliações da capacidade laboratorial (incluindo infraestrutura e força de trabalho), desenvolver materiais didácticos e fortalecer a capacidade de testagem para a raiva, a gripe zoonótica e outras doenças zoonóticas de alta prioridade.

| Objectivo n.º 3.1: Fortalecer a capacidade institucional (instalações, pessoal e sistemas) para raiva, gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias | | | |
|---|---|---|---|
| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
| 3.1.1 | Realizar avaliações de laboratórios a todos os níveis administrativos, incluindo as capacidades necessárias (por ex., biossegurança/segurança biológica, normas internacionais, etc.) para as doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> • Ferramenta de avaliação laboratorial da OMS¹¹⁹ • Ferramenta de avaliação ASLM LABNET¹²⁰ • Ferramenta de mapeamento de laboratórios¹²¹ • OMS: <i>Manual de Segurança Biológica em Laboratório – 4ª Edição</i>¹²² | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de uma política de laboratório aprovada e de um plano nacional estratégico de acção laboratorial integrado, com um sistema de M&A • Número de laboratórios que concluíram avaliações aos níveis central e sub-nacional (administrativo) • Plano de acção e investimento para aumentar a capacidade laboratorial com base nos resultados da avaliação |
| 3.1.2 | Avaliar se o equipamento necessário se encontra disponível, funcional e calibrado para a execução de cada ensaio, em cada laboratório. | <ul style="list-style-type: none"> • Antraz: <i>Antraz em humanos e animais – 4ª edição</i>⁸⁹ • Brucelose: Código terrestre OIE (Capítulo 3.1.4);¹¹² Brucelose: OMS/OIE/FAO Brucelose em humanos e animais;⁹⁰ <i>Guia de referência da Brucelose do CDC: exposição, testagem e prevenção</i>;⁹² • Raiva: Técnicas de laboratório para a raiva OMS;¹²³ <i>Código terrestre OIE</i>¹¹² • Gripe: Uma lista de verificação para o risco e impacto de uma pandemia de gripe OMS⁸⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Número de laboratórios notificados com equipamento adequado e verificado/validado disponíveis para testagem • Número de laboratórios notificados com contratos de serviço de calibração e manutenção para todo o equipamento de testagem disponível |
| 3.1.3 | Estabelecer um laboratório nacional de saúde pública de referência, com capacidade diagnóstica para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais, incluindo testes de proficiência e protocolos de testes padronizados, a todos os níveis. | <ul style="list-style-type: none"> • OMS: <i>Segunda lista modelo de diagnósticos in vitro essenciais da OMS</i>¹²⁴ • OIE: <i>Manual de Testes de Diagnóstico e Vacinas para os Animais Terrestres (2019)</i>¹²⁵ • OMS: <i>Resolução AFR/RC58/R2: Reforço dos laboratórios de saúde pública na região africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças (2008)</i>.¹²⁶ • <i>Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa. Recomendações para o Transporte de Mercadorias Perigosas. Regulamento-tipo da ONU (Rev 18) (2013)</i>.¹²⁷ • Antraz: <i>Antraz em humanos e animais – 4ª edição</i>⁸⁹ • Brucelose: <i>Código terrestre OIE (Capítulo 3.1.4)</i>;¹¹² <i>Guia de referência da Brucelose do CDC: exposição, testagem e prevenção</i>;⁹² OMS/OIE/FAO <i>Brucelose em humanos e animais</i>⁹⁰ • Raiva: Técnicas de laboratório para a raiva OMS;¹²³ <i>Código terrestre OIE</i>;¹¹² Diagnóstico da Raiva da Associação de Laboratórios de Saúde Pública (APHL): <i>Avaliar o seu laboratório de saúde pública</i>¹¹⁴ • VHFs: Estratégia de Ébola e Marburgo da OMS⁹⁰ • OMS: Uma lista de verificação para a gestão do risco e do impacto de uma pandemia de gripe;⁸⁴ OMS: <i>Segunda lista modelo de diagnósticos in vitro essenciais da OMS</i>;¹²⁴ <i>Gripe zoonótica: Sistema Global de Vigilância e Resposta à Gripe (GISRS)</i>;⁷⁶ <i>Centro Colaborador da OMS para a Vigilância, Epidemiologia e Controlo da Gripe do CDC dos EUA; OIE/FAO OFFLU</i>¹²⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • O(s) laboratório(s) de nível nacional são identificados como laboratórios de referência para testes de doenças zoonóticas • Número de laboratórios notificados com procedimentos operacionais normalizados (SOPs) para doenças zoonóticas prioritárias desenvolvidos e em vigor • O(s) laboratório(s) de nível nacional são credenciados internacionalmente/regionalmente • Planos e sistemas de referência de espécimes orçamentados e em vigor • Acesso altamente restrito e controlado a bio-repositórios, para agentes seleccionados, com potencial como armas biológicas • Número de doenças zoonóticas prioritárias que o laboratório nacional de saúde pública testa em amostras regularmente • Plano de acção em vigor para aumentar a capacidade de testar doenças zoonóticas prioritárias |

Objectivo nº 3.1: Fortalecer a capacidade institucional (instalações, pessoal e sistemas) para raiva, gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|---|--|
| 3.1.4 | Garantir que a capacidade de diagnóstico para as doenças zoonóticas prioritárias seleccionadas existe nos laboratórios de saúde pública locais/subnacionais, quando apropriado. | <ul style="list-style-type: none"> Antraz: <i>Antraz em humanos e animais – 4ª edição</i>⁸⁹ <i>Guia de referência da Brucelose do CDC: exposição, testagem e prevenção</i>;⁹² OMS/OIE/FAO Brucelose em humanos e animais⁹⁰ Raiva: Técnicas de laboratório para a raiva OMS;¹²³Código terrestre OIE;¹¹² VHFs: Estratégia para o Ébola e Marburgo OMS⁶⁰ Gripe zoonótica: Centro Colaborador do CDC da OMS para a Vigilância, Epidemiologia e Controlo da Gripe;⁶³ Centros Nacionais de Gripe da OMS;⁶⁴ | <ul style="list-style-type: none"> Número de laboratórios com amostras enviadas por médicos para teste de doenças zoonóticas seleccionadas |
| 3.1.5 | Desenvolver uma lista de verificação de monitorização laboratorial para garantir que todas as actividades supramencionadas estão a ser realizadas e sem problemas. | OMS: (Uma lista de verificação para a gestão do risco e impacto de uma pandemia de gripe); ⁸⁴ | <ul style="list-style-type: none"> Número/proporção de laboratórios no país com lista de verificação de monitorização implementada Número/proporção de laboratórios no país que comunicam rotineiramente em relação às capacidades supramencionadas |
| 3.1.6 Raiva | Em colaboração com parceiros relevantes, fornecer apoio técnico, para garantir que os diagnósticos reconhecidos pela OIE e pela OMS são utilizados para a raiva. Pelo menos um dos seguintes ensaios de diagnóstico deve estar disponível para confirmar a raiva humana e animal: <ul style="list-style-type: none"> Teste imuno-histoquímico rápido e direto (DRIT) Anticorpo fluorescente direto (DFA) PCR por transcriptase reversa, em tempo real, para o pan-lyssa vírus (rt RT-PCR). | <ul style="list-style-type: none"> Técnicas de laboratório para a raiva da OMS;¹²³ Código terrestre OIE;¹¹² <i>Associação de Laboratórios de Saúde Pública (APHL) Diagnóstico da Raiva: Avaliar o seu laboratório de saúde pública</i>¹²⁸ | <ul style="list-style-type: none"> Realização de uma avaliação laboratorial, de acordo com as orientações desenvolvidas pela OMS e OIE Identificação da entidade governamental responsável pelos testes de raiva em amostras humanas e animais Orçamento e plano de implementação desenvolvido para estabelecer ou otimizar o laboratório de diagnóstico da raiva Número de pessoas treinadas na colheita de amostras de campo Número de amostras testadas Proporção de casos confirmados por testes laboratoriais Número de amostras recolhidas e enviadas para os laboratórios Número de pessoas treinadas em procedimentos DFA ou DRIT e rt RT-PCR para a raiva Número de amostras testadas submetidas a um laboratório regional de referência (OMS ou OIE) para confirmação Resultados dos testes de proficiência acima de 90% de acordo com o laboratório de referência internacional |
| 3.1.7 Gripe | Realizar uma avaliação das capacidades dos laboratórios nacionais de saúde pública e animal de referência para realizar diagnósticos de gripe rotineiros e tipagem e subtipagem através de RT-PCR. | <ul style="list-style-type: none"> OMS: Uma lista de verificação para a gestão do risco e o impacto de uma pandemia de gripe;⁸⁴ OMS: <i>Segunda lista modelo de diagnósticos in vitro essenciais da OMS</i>;¹²⁴ Centro Colaborador do CDC da OMS para a Vigilância, Epidemiologia e Controlo da Gripe;⁶³ Centros Nacionais de Gripe da OMS⁶⁴ APHL: <i>Sistemas de gestão de projetos para sistemas de informação laboratoriais: Um guia para implementações internacionais</i>¹³⁰ | <ul style="list-style-type: none"> Número de laboratórios (nacionais ou regionais) que podem fornecer diagnósticos de confirmação do vírus da gripe zoonótica Número de laboratórios com capacidade de diagnóstico do vírus da gripe, incluindo pessoal treinado em ocorrências notificáveis para gripe, ao abrigo do RSI (2005) |

Objectivo n.º 3.2: Apoiar a coordenação entre redes de laboratórios de saúde humana, animal e ambiental

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|--|--|--|
| 3.2.1 | Estabelecer e constituir, formalmente, um grupo de trabalho de laboratório multisectorial e uma rede de especialistas em laboratórios de saúde humana, animal e ambiental para o desenvolvimento de testes padronizados e comunicação de doenças zoonóticas prioritárias. Os laboratório incluídos processam amostras de pessoas, animais, ambientais, vectores, alimentos e toxinas e podem representar os níveis central e subnacional, bem como, os laboratórios académicos e privados, que participam no sistema de vigilância nacional. | <ul style="list-style-type: none"> • FAO/OIE/OMS: TZG² • OMS: <i>Eventos de saúde pública de etiologia inicialmente desconhecida: Um sistema para preparação e resposta na região africana</i>⁴³ • Comité Permanente Inter-Agências: Sistema comum para a preparação.¹³¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Notificação de um grupo de trabalho de laboratório multisectorial, incluindo todos os sectores relevantes • Número de reuniões do grupo de trabalho de laboratório realizadas por ano • Número de planos de acção desenvolvidos e implementados pela rede • Número de relatórios de investigações conjuntas de doenças |
| 3.2.2 | Desenvolver mecanismos de comunicação quase em tempo-real para o diagnóstico humano e animal, como base para as actividades multisectoriais e de resposta «Uma Saúde» para as doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> • Raiva: Consulta de especialistas em Raiva da OMS (2018, Capítulos 8 e 10);⁷⁹ <i>Efeito do aconselhamento sobre comportamentos de procura de cuidados de saúde e adesão à vacinação após mordidas de cães no Haiti, 2014–15 - uma retrospectiva e um inquérito de acompanhamento</i>;¹³² <i>Diagnóstico e vigilância em animais na era da eliminação da raiva</i>¹³³ • Gripe zoonótica: Centro Colaborador do CDC da OMS para a Vigilância, Epidemiologia e Controlo da Gripe;⁶³ Centros Nacionais de Gripe da OMS;⁶⁴ EUA Sistema de vigilância de gripe dos EUA do CDC dos EUA: Finalidade e métodos¹⁰⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Adoptar um protocolo que permite a colheita de amostras, testes e comunicação entre os sectores de saúde relevantes • Estratégia aprovada de comunicação e partilha de informações «Uma Saúde» • Número de reuniões do NOHP realizadas para partilha de dados sobre surtos e dados laboratoriais, incluindo informações de sequência |
| 3.2.3 | Estabelecer sistemas de referência de espécimes biológicos para apoiar uma vigilância e resposta coordenadas a surtos de doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> • Redes Regionais Integradas de Vigilância e Laboratório (RISLNET)⁷⁵ • Informação sobre a gripe para laboratórios do CDC dos EUA¹³⁴ | Sistema de referência nacional estabelecido e participação em sistemas de referência regionais |

Objectivo n.º 4:

Garantir a preparação e resposta eficazes e coordenadas para emergências de saúde pública usando uma abordagem «Uma Saúde»

Os INSP devem garantir que é realizada uma avaliação de risco conjunta para doenças zoonóticas prioritárias. Devem ser desenvolvidos planos de preparação e resposta, incluindo simulação, armazenamento e resposta a surtos para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias.

| Objectivo n.º 4.1: Os INSP devem realizar uma avaliação de risco conjunta para, pelo menos, um evento prioritário de doença zoonótica, em colaboração com os setores relevantes «Uma Saúde» | | | |
|--|--|---|---|
| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
| 4.1.1 | Realizar uma avaliação de risco conjunta para, pelo menos, uma doença zoonótica prioritária, incluindo: <ul style="list-style-type: none">• Actividades técnicas e operacionais.• Vulnerabilidade do país e capacidade de preparação.• Gestão de riscos e estratégia de comunicação de riscos. | <ul style="list-style-type: none">• FAO/OIE/OMS: TZG²• Ferramenta OIE¹³⁵• Processo de Vigilância do Risco de Infecções de Animais Humanos PHE (HAIRS) <i>Processo de avaliação do risco</i>¹³⁶• INFORM <i>Índice de risco epidémico</i>¹³⁷• Ferramenta de avaliação de risco conjunto (JRA-ARC) OMS/FAO¹³⁸• OMS Ferramentas de avaliação de risco à saúde humana¹³⁹• Gripe zoonótica: Ferramenta de avaliação do risco de pandemia da gripe da OMS (TIPRA),⁶⁷ Ferramenta de avaliação do risco de gripe do CDC dos EUA (IRAT)⁶⁶ | <ul style="list-style-type: none">• Número de avaliações de risco conjuntas realizadas, envolvendo todos os sectores relevantes, como base para as políticas de gestão e de comunicação de risco, para uma resposta eficaz à ameaça de doença zoonótica |
| 4.1.2 Transfronteira | Realizar actividades para determinar a linha de base do nível de risco de disseminação transfronteira de doenças zoonóticas por populações animais e humanas. | <ul style="list-style-type: none">• CDC dos EUA Guia de discussão da capacidade sanitária fronteira em adaptação para o sector animal⁷⁸• Flowminder: Aceder ao potencial dos dados móveis para propósitos humanitários e de desenvolvimento Flowkit¹⁴⁰• IOM: Reduzir vulnerabilidades e capacitar os imigrantes¹⁴¹• Cooperativa Canadense de Saúde da Vida Selvagem: <i>Análise de risco sanitário em translocações de animais selvagens</i>¹⁴²• Ferramenta de avaliação de risco conjunto (JRA-ARC) OMS/FAO¹³⁸ | <ul style="list-style-type: none">• Padrões de movimentos transfronteiriços de pessoas, animais (de companhia, selvagens, gado) e produtos animais conhecidos e documentados?• Número de relatórios transfronteiriços de rotina enviados para o RCC para garantir a coordenação regional com os países vizinhos• Número de áreas de maior preocupação para a disseminação transfronteira de doenças zoonóticas identificadas dentro do país |
| Objectivo n.º 4.2: Os INSP e todos os sectores relevantes deverão desenvolver e implementar planos conjuntos de preparação e resposta para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais, em colaboração com agentes de saúde animal e ambiental | | | |
| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
| 4.2.1 | Rever os planos conjuntos de preparação e resposta existentes (e/ou planos de contingência) e desenvolver novos planos conjuntos para doenças específicas ou abrangentes, para garantir que todas as zoonoses prioritárias são abrangidas. | <ul style="list-style-type: none">• Ferramenta de avaliação de risco conjunto (JRA-ARC) OMS/FAO¹³⁸• OMS Após revisão da acção¹⁴³• Gripe zoonótica: Planos de preparação nacionais para a gripe zoonótica;¹⁴⁴ Ferramentas de revisão de avaliação e capacidade do CDC dos EUA;⁴⁷ Passos fundamentais para elaborar ou actualizar um plano nacional de preparação para uma pandemia de gripe;⁶¹ | <ul style="list-style-type: none">• Plano conjunto revisto de contingência e resposta desenvolvido e operacionalizado |

Objectivo n.º 4.2: Os INSP e todos os sectores relevantes deverão desenvolver e implementar planos conjuntos de preparação e resposta para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais, em colaboração com agentes de saúde animal e ambiental

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|---|---|
| 4.2.2 | Desenvolver materiais de comunicação de risco e mensagens públicas nacionais para a prevenção e o controlo de doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Guia de referência da Brucelose do CDC: exposição, testagem e prevenção</i>;⁹² OMS/OIE/FAO <i>Brucelose em humanos e animais</i>⁹⁰ • Raiva: Plano de comunicação do Rabies Blueprint ¹¹⁵ • VHF: Estratégia para o Ébola e Marburgo da OMS;⁶⁰ OIE EBO-SURSYS ¹⁴⁵ • Gripe zoonótica (sazonal, zoonótica e pandémica): Notícias e destaques sobre a gripe do CDC dos EUA. ¹⁴⁶ | <ul style="list-style-type: none"> • Campanha de mensagens públicas elaborada e aprovada • Número de eventos de consciencialização pública implementados em conjunto pelos sectores relevantes, a nível nacional, provincial ou distrital |
| 4.2.3 | <p>Conduzir exercícios conjuntos de simulação para, pelo menos, duas doenças zoonóticas prioritárias, incluindo as seguintes etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar um exercício. • Planear o exercício. • Desenvolver o cenário. • Descrever a pandemia. • Avaliar o exercício. • Realizar o exercício. • Resultados pós-exercício. | <ul style="list-style-type: none"> • OMS Visão geral do exercício de simulação (SimEx)¹⁴⁷ • VHF: Estratégia de Ébola e Marburgo da OMS⁶⁰ • Gripe zoonótica: Um guia prático para desenvolver e realizar um exercício de simulação¹⁴⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Número de exercícios de simulação envolvendo todos os sectores relevantes, realizados para testar e validar os planos de preparação nacionais • Publicação de lições aprendidas, boas práticas, revisão e actualização dos planos de acção |
| 4.2.4 | Estabelecer procedimentos operacionais normalizados (SOPs) e directrizes para a investigação de casos e surtos e a resposta por parte de equipas multisectoriais de resposta rápida. | <ul style="list-style-type: none"> • Antraz: <i>Antraz em humanos e animais – 4ª edição</i>⁹⁹ • Brucelose: <i>Guia de referência da Brucelose do CDC: exposição, testagem e prevenção</i>;⁹² OMS/OIE/FAO <i>Brucelose em humanos e animais</i>⁹⁰ • VHF: Estratégia para o Ébola e Marburg da OMS;⁶⁰ Transferência de doentes com Ébola CDC dos EUA e SOP1⁽¹⁴⁹⁾ e SOP2⁽¹⁵⁰⁾ • Gripe zoonótica: Ferramentas de pandemia do CDC dos EUA;¹⁵¹ e Qual é a acção do CDC dos EUA em caso de novas gripes: Investigações de surtos⁹⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Número de SOPs em vigor para investigações de doenças zoonóticas prioritárias • Número de SOPs aprovados e incorporados no plano estratégico conjunto |
| 4.2.5 | Estabelecer e manter equipas multisectoriais e multidisciplinares de resposta rápida, ao nível nacional e subnacional, envolvendo pessoal de todos os sectores «Uma Saúde» relevantes para lidar com eventos que ocorram na interface humano-animal-ambiente. | <ul style="list-style-type: none"> • FAO/OIE/OMS: TZG² | <ul style="list-style-type: none"> • Número de equipas de resposta rápida «Uma Saúde» estabelecidas |

Objectivo n.º 4.2: Os INSP e todos os sectores relevantes deverão desenvolver e implementar planos conjuntos de preparação e resposta para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais, em colaboração com agentes de saúde animal e ambiental

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|--------------------------|---|--|--|
| 4.2.6 Raiva | Investigar, de forma rotineia, casos suspeitos de raiva humana e animal. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Consulta de peritos da OMS sobre a raiva</i>⁷⁹ (Anexo 11: formulário de investigação da raiva humana; secção 8.3.1: avaliação do risco para humanos expostos; Anexo 12: formulário de investigação da mordida de animais) • <i>OMS/CDC: Orientações técnicas para a vigilância e resposta integrada às doenças na Região Africana</i>⁸⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de risco conjunta («Uma Saúde») para protocolos de resposta à raiva, desenvolvidos de acordo com a directriz da OMS • Orçamento aprovado e operacional para a implementação da resposta conjunta • Número de casos de raiva animal investigados • Número de pessoas, que recebem aconselhamento pós-exposição por parte do sector de saúde relevante • Número de mortes por raiva humana investigadas pela equipa multisectorial • Número de amostras recolhidas de casos suspeitos de raiva humana |
| 4.2.7 Gripe zoonótica | <p>Fornecer apoio ao desenvolvimento da capacidade para investigação de surtos e da equipa de resposta rápida.</p> <p>Estabeleça critérios de desencadeamento e de limites para investigar casos pouco comuns ou aglomerados de gripe não sazonal e outras doenças respiratórias agudas emergentes.</p> <p>Estabelecer POPs para verificação sistemática de ocorrências, investigação de surtos e comunicação de resultados.</p> <p>Estabelecer equipas multidisciplinares de investigação de surtos e resposta rápida (com termos de referência claros) e identificar os membros da equipa que podem ser mobilizados.</p> <p>Rever e atualizar os formulários de notificação de casos existentes, para investigações de surtos, em alinhamento com as directrizes da OMS.</p> <p>Estabelecer um mecanismo para rever as definições de casos e intervenções de saúde pública, com base nos resultados da investigação.</p> <p>Desenvolver protocolos para práticas de trabalho seguras, procedimentos de Prevenção e Controlo de Infecções (IPC) e utilização de Equipamento de Protecção Individual (EPI).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • OMS: Uma lista de verificação para a gestão do risco e do impacto de uma pandemia de gripe⁸⁴ • CDC dos EUA: Qual é a acção do CDC dos EUA em caso de novas gripes: Investigações de surtos⁸⁸ • OIE/FAO OFFLU¹²⁹ • CDC dos EUA: Directrizes para práticas de trabalho seguras em laboratórios de diagnóstico médico humano e animal¹⁵² | <ul style="list-style-type: none"> • Número de dias necessários para concluir a investigação de casos pouco comuns ou de aglomerados de doenças respiratórias • Número de casos pouco comuns ou aglomerados de vírus zoonóticos da gripe investigados conjuntamente (de forma atempada e, quando aplicável, envolvendo representação multisectorial durante as investigações) • Protocolos uniformizados para notificação de casos, investigação de surtos e rastreio de contactos em vigor • Número de protocolos IPC ou documentos de orientação em vigor |

Objectivo n.º 4.2: Os INSP e todos os sectores relevantes deverão desenvolver e implementar planos conjuntos de preparação e resposta para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais, em colaboração com agentes de saúde animal e ambiental

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|--|----------|-----------------------------|
| | <p>Desenvolver recomendações para definir e gerir possíveis contactos de casos.</p> <p>Assegurar que os contactos são informados e compreendem as medidas de gestão propostas (por ex., isolamento, tratamento antiviral profiláctico, acompanhamento médico e medidas de higiene).</p> <p>Avaliar a necessidade de melhorar os sistemas de vigilância existentes (em locais onde residam casos, onde surtos em animais estejam a ocorrer ou onde a fonte de infecção seja suspeita. Se necessário, direcione a vigilância para grupos com maior risco ocupacional de exposição).</p> <p>Elaborar e implementar protocolos de estudo para estudos epidemiológicos básicos.</p> | | |

Objectivo n.º 4.3: Incluir especialistas em saúde animal e ambiental no quadro dos funcionários dos Centros de Operações de Emergência de Saúde Pública

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|--|---|---|
| 4.3.1 | Estabelecer mecanismos para incluir e mobilizar especialistas de saúde animal e ambiental para respostas a surtos conjuntas e garantir, quando viável, uma equipa multisectorial em Centros de Operações de Emergência de Saúde Pública. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>OMS Sistema para os Centros de Operações de Emergência de Saúde Pública (COESP)</i>¹⁵³ • Modelo sustentável para Centros de Operações de Emergência de Saúde Pública para cenários globais¹⁵⁴ • <i>Estratégia de pandemia nacional dos EUA</i>¹⁵⁵ • Agência Federal de Gestão de Emergências dos EUA (FEMA) <i>Sistema nacional de resposta</i>: Funções de apoio a emergências n.º 8 e n.º 11¹⁵⁶ | Mecanismo existente para a inclusão e mobilização de equipas de resposta a surtos multisectoriais |

Objectivo n.º 4.4: Estabelecer contacto com as reservas nacionais e regionais para garantir a aquisição e distribuição adequadas e atempada de fornecimento para surtos de doenças zoonóticas prioritárias

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|--------------------------|--|--|---|
| 4.4.1 Gripe zoonótica | <p>Com base em avaliações de risco, recursos e necessidades nacionais/locais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver planos de gestão de risco de pandemia em todo o sector da saúde, inclusivamente para unidades de saúde, laboratórios e outros serviços de saúde associados. Planear para o aumento da necessidade de antibióticos, antipiréticos, hidratação, oxigénio e suporte de ventilação, no contexto das estratégias de gestão clínica nacionais. Desenvolver mecanismos e procedimentos para seleccionar, adquirir, armazenar, distribuir e entregar antivirais, medicamentos essenciais, equipamento de protecção individual, testes de diagnóstico e vacinas, quando disponíveis e com base em metas e recursos nacionais. Considerar se estes mecanismos são adequados à implementação de medidas de contenção. Desenvolver um plano de distribuição para entrega de vacinas contra a pandemia da gripe, nos pontos de distribuição nacionais e subnacionais, no prazo de sete dias, após a vacina ser disponibilizada ao governo nacional e desenvolver uma estratégia para uma campanha de vacinação em massa. | <ul style="list-style-type: none"> Gestão de risco de uma pandemia de gripe OMS¹⁵⁷ CDC dos EUA <i>Ferramentas para o armazenamento e manuseamento de vacinas</i>¹⁵⁸ CDC dos EUA <i>Fornecimento de medicamentos antivirais para a gripe</i>¹⁵⁹ OIEFAO OFFLU¹²⁹ | <ul style="list-style-type: none"> Metas e prioridades estabelecidas para o armazenamento e uso de vacinas e de medicamentos antivirais contra a pandemia de gripe Plano estabelecido para o armazenamento e uso de vacinas e de medicamentos antivirais contra a pandemia de gripe zoonótica Número de planos de gestão de risco de pandemia desenvolvidos Procedimento implementado para seleccionar, adquirir, armazenar, distribuir e entregar materiais Existência de um plano de implementação |
| 4.4.2 Raiva | <p>Garantir o acesso sustentável a vacinas anti-rábicas caninas e humanas, trabalhando com organizações globais e regionais relevantes, sempre que possível.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Bancos de vacinas OIE¹⁶⁰ Fundo Rotativo PAHO (OPAS)¹⁶¹ No Caminho Global para a Eliminação da Raiva Canina (GDREP)¹⁶² CDC dos EUA <i>Ferramentas para o armazenamento e manuseamento de vacinas</i>¹⁵⁸ | <ul style="list-style-type: none"> Número de instalações que oferecem profilaxia pós-exposição de cultura celular (PEP) para exposições à raiva humana Proporção de cães domésticos vacinados anualmente |

Meta n.º 5:

Fortalecer e apoiar o desenvolvimento da força de trabalho para prevenir e controlar doenças zoonóticas prioritárias

Os INSP devem apoiar oportunidades de formação multisectoriais «Uma Saúde» para pessoal técnico chave, incluindo pessoal de laboratório e profissionais de saúde humana e animal.

| Objectivo n.º 5.1: Apoiar o desenvolvimento de uma força de trabalho para prevenir e controlar a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade | | | |
|--|--|---|---|
| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
| 5.1.1 | Garantir que os profissionais de saúde e equipas de saúde pública, ao nível nacional e subnacional, e os profissionais de saúde comunitária, recebem formação na detecção de casos de doenças zoonóticas prioritárias, com ênfase nos aspectos «Uma Saúde» dessas doenças. | <ul style="list-style-type: none"> • OMS Cursos OpenOMS ¹⁶³ • Brucelose: <i>Guia de referência do CDC da Brucelose: exposição, testagem e prevenção</i>; ⁹² OMS/OIE/FAO <i>Brucelose em humanos e animais</i> ⁹⁰ • VHF: OMS <i>Gestão clínica de doentes com VHF</i>s; ¹⁶⁴ OMS CCHF; ¹⁶⁵ Febre de Lassa OMS; ¹⁶⁶ OMS RVF; ¹⁶⁷ Ébola do CDC dos EUA; ¹⁶⁸ Ébola para o pessoal dos serviços de urgências CDC dos EUA; ¹⁶⁹ Formação em Ébola para o pessoal dos serviços de urgência CDC dos EUA ¹⁷⁰ • Gripe zoonótica: Gripe pandémica do CDC dos EUA; ¹⁷¹ Vigilância, epidemiologia e laboratório para a gripe CDC dos EUA; ¹⁷² Directrizes comunitárias de mitigação para a prevenção de uma pandemia de gripe - Estados Unidos, 2017; ¹⁷³ CDC dos EUA <i>Formação em gripe</i>; ¹⁷⁴ OIE/FAO OFFLU ¹²⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Um plano/uma estratégia nacional para a força de trabalho, que inclua as doenças zoonóticas prioritárias • Desenvolvimento de material didáctico (por ex. casos de estudo) • Número de pessoas com formação |
| 5.1.2 | Garantir que a equipa laboratorial é qualificada e competente em cada análise, em cada laboratório para doenças zoonóticas prioritárias. | <ul style="list-style-type: none"> • Guia de referência da Brucelose do CDC: <i>exposição, testagem e prevenção</i> ⁹² • VHF: Estratégia de Ébola e Marburgo da OMS ⁶⁰ • Gripe zoonótica: Vigilância, epidemiologia e laboratório do CDC dos EUA ¹⁷² • Programa Global de Liderança Laboratorial da OMS (GLLP) ¹⁷⁵ | <ul style="list-style-type: none"> • Número de formações realizadas e competência avaliada • Número de técnicos de laboratório treinados • Número de técnicos de laboratório treinados e considerados competentes 6 e 12 meses pós-formação em todas as análises • Número de laboratórios com capacidade de testagem 6-12 meses, após a formação |
| 5.1.3 Gripe zoonótica | Garantir que os profissionais de cuidados de saúde e o pessoal de saúde pública seguem as directrizes durante os surtos de doenças respiratórias, quando o patógeno é desconhecido. | <ul style="list-style-type: none"> • Surtos de doenças respiratórias inexplicados CDC dos EUA ⁸⁶ • Vigilância, epidemiologia e laboratório para a gripe CDC dos EUA ¹⁷² • OIEFAO OFFLU ¹²⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de redes de vigilância de gripe existentes, que dependem de dados de parceiros de saúde pública nacionais e internacionais para monitorizar os vírus de gripe sazonal, novos vírus de Gripe A e os vírus da Gripe A, que circulam entre animais • Número de cursos de formação realizados para o pessoal multisectorial da «Uma Saúde» sobre vigilância, epidemiologia e actividades laboratoriais para monitorização da gripe sazonal, de novas gripes A e dos vírus da Gripe A em circulação nas populações animais • Número de membros da força de trabalho multisectorial, com formação, para desenvolver materiais de sensibilização comunitária relacionados com populações em risco de gripe sazonal, novos vírus de Gripe A e vírus da Gripe A em circulação entre a população animal • Percentagem de membros da força laboral multisectorial, com formação, destacados para apoiar a sensibilização comunitária e a preparação de materiais relacionados com populações em risco de gripe sazonal, novos vírus de Gripe A e vírus da Gripe A em circulação entre a população animal • Documento que fornece directrizes de colheita de amostras para profissionais de saúde e pessoal de saúde pública durante um surto de doença respiratória desconhecido • Documento que fornece directrizes para armazenamento e manuseamento de amostras clínicas durante surtos de doenças respiratórias, quando o patógeno é desconhecido |

Objectivo n.º 5.1: Apoiar o desenvolvimento de uma força de trabalho para prevenir e controlar a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|---|---|
| 5.1.4 | <p>Certifique-se de que os grupos seguintes são treinados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agentes de vigilância: Gestão integrada de casos de mordida (IBCM). • Técnicos laboratoriais: Diagnóstico de raiva. • Sector veterinário: Investigação de campo de animais suspeitos de raiva e colheita de amostras. • Sector de saúde humana: Avaliação de risco para exposição à raiva, aconselhamento de vítimas de mordidas e aconselhamento sobre recomendações de vacinação. • Pessoal da vacinação: Formação em massa para a vacinação contra a raiva canina. | <p>Consulte as actividades anteriores relacionadas com a raiva e a secção técnica para a raiva para as potenciais fontes necessárias para desenvolver materiais de formação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Número de profissionais de vigilância com formação em IBCM • Número de pessoas de laboratório com formação no diagnóstico da raiva • Número de pessoas de veterinária com formação em investigações de campo e colheita de amostras para a raiva • Quantidade de pessoal hospitalar, clínico e de saúde pública, com formação em avaliações de risco de exposição à raiva, aconselhamento de vítimas de mordidas e recomendações de vacinação • Quantidade de pessoal da vacinação com formação para vacinação em massa para a raiva canina |

Objectivo n.º 5.2: Recomendar oportunidades de formação multisectorial «Uma Saúde» para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|--|---|
| 5.2.1 | <p>Estabelecer e manter relações com programas de formação contínua e redes, que oferecem currículos em epidemiologia de campo, vigilância de doenças e investigações de surtos através da abordagem «Uma Saúde» (por ex., FETP, ISAVET, AFENET, EMPHINET, etc.).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de formação em epidemiologia de campo e laboratorial (FETP): Estudos de caso africanos em saúde pública AFENET; ¹⁷⁶Estudos de caso para a saúde pública na região do Mediterrâneo Oriental EMPHINET; ¹⁷⁷ Estudos de caso TEPHINET; ¹⁷⁸ • ISAVET: Competências essenciais para veterinários ¹⁷⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento ou modificação de material didáctico, tal como, estudos de caso para incorporar a abordagem «Uma Saúde» • Número de pessoas com formação |

Objectivo n.º 5.2: Recomendar oportunidades de formação multisectorial «Uma Saúde» para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|---|--|--|
| 5.2.2 | Colaborar com parceiros universitários ou organizações nacionais/internacionais para oferecer cursos de formação ou workshops sobre as melhores práticas para a vigilância de doenças zoonóticas. | <ul style="list-style-type: none"> • FAO/OIE/OMS: TZG² • Rede Universitária «Uma Saúde» em África(AFROHUN)¹⁸⁰ • Instituto Global «Uma Saúde» do Estado de Ohio¹⁸¹ • Togami, et. al. <i>Competências básicas da formação em «Uma Saúde»: O que nos falta?</i>¹⁸² • OMS RSI <i>implementação ao nível da interface humana-animal-ambiental</i>(HAE)¹⁸³ • OMS Cursos OpenOMS ¹⁶³ | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento ou modificação de material didáctico, como estudos de caso para incorporar as abordagens «Uma Saúde» • Número de pessoas com formação |
| 5.2.3 | Realizar formações multisectoriais sobre como implementar vigilância com base em ocorrências (EBS), utilizando uma abordagem «Uma Saúde». | <ul style="list-style-type: none"> • CDC de África: <i>Sistema de Vigilância Baseado em Ocorrências (EBS)</i>⁸⁷ • OMS/WPRO: <i>Guia para o estabelecimento de Vigilância Baseada em Ocorrências (VBO)</i>⁹⁵ • OMS RSI <i>implementação ao nível da interface humana-animal-ambiental</i> (HAE)¹⁸³ • OIE EBO-SURSYS¹⁸⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de material didáctico incorporando outros sectores • Número de pessoas com formação • Número de pessoas de outros sectores, com formação |
| 5.2.4 | Apoiar a implementação de formação em biossegurança e segurança biológica para profissionais representantes de todos os sectores a trabalhar na interface homem-animal-ambiente. | <ul style="list-style-type: none"> • OMS RSI implementação ao nível da interface humana-animal-ambiental) (HAE)¹⁸³ • Brucelose: Guia de referência da Brucelose do CDC dos EUA: exposição, testagem e prevenção,⁹² • VHF: Febre de Lassa OMS¹⁶⁶ OMS RVF;¹⁶⁷ CCHF OMS;¹⁶⁵ Estratégia Ébola e Marburg da OMS;⁶⁰ Orientação do CDC dos EUA para recolha, transporte e submissão de espécimes para teste do vírus Ebola;¹⁸⁵ PPE do CDC dos EUA;¹⁸⁶ • Gripe zoonótica: Formação sobre a gripe dos CDC dos EUA¹⁷⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de material didáctico incorporando outros sectores • Número de pessoas com formação • Número de pessoas de outros sectores, com formação |

Objectivo n.º 5.2: Recomendar oportunidades de formação multisectorial «Uma Saúde» para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade

| Actividade n.º | Descrição da actividade | Recursos | Indicador(es) da actividade |
|----------------|--|--|---|
| 5.2.5 | Apoiar formações multisectoriais e orientação técnica sobre a integração de módulos de zoonoses nas plataformas nacionais de SII (por exemplo, IDSR, DHIS-2). Uma força de trabalho «Uma Saúde» usa: (1) competências técnicas disciplinares específicas; (2) competências «Uma Saúde» multisectoriais; e (3) o(s) ambiente(s) institucional(is) para lidar com zoonoses e outras ameaças sanitárias partilhadas na interacção ser humano-animal-ambiente. | <ul style="list-style-type: none"> • FAO/OIE/OMS: TZG² • Vigilância e resposta electrónica integrada de doenças (eIDSR)¹⁸⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de material didáctico incorporando outros sectores • Número de pessoas com formação • Número de pessoas de outros sectores, com formação • Compreender as necessidades nacionais e desenvolver uma estratégia de força de trabalho baseada em evidências para que os governos possam planear a educação e formação para construir uma força de trabalho nacional competente em «Uma Saúde», que possa atender às necessidades actuais e futuras da força de trabalho nacional e que tenha as competências para trabalhar em colaboração entre os sectores para lidar com as zoonoses |
| 5.2.6 | Assegurar a participação multisectorial em formações sobre Liderança e Gestão de Laboratórios, interface laboratório-clínica, gestão da qualidade laboratorial, biossegurança laboratorial e gestão de dados laboratoriais e cadeia de fornecimento. | Programa Global de Liderança Laboratorial da OMS (GLLP) ¹⁷⁵ | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de material educacional como estudos de caso • Número de pessoas com formação |



Secção 2: Um guia técnico da «Uma Saúde»

Esta secção fornece orientações técnicas e uma lista de recursos valiosos para ajudar os ISPN a implementarem as actividades enumeradas na Secção 1. Esta secção destaca, primeiramente, as considerações gerais da «Uma Saúde» e depois centra-se, especificamente, nas seguintes zoonoses frequentemente prioritárias: antraz, brucelose, raiva, febres hemorrágicas comuns (FHC) e gripe zoonótica. As considerações transfronteiriças são então examinadas. Para cada um destes tópicos são incluídas áreas temáticas chave como a vigilância (isto é, baseada em eventos e baseada em indicadores), capacidade laboratorial, preparação e resposta a emergências e desenvolvimento da força de trabalho, com orientações específicas com links para os recursos disponíveis.

Considerações gerais «Uma Saúde»

Vários documentos e ferramentas de orientação internacional foram, recentemente, desenvolvidos para ajudar os países a estabelecer uma capacidade «Uma Saúde», incluindo a *adoção de Uma abordagem multisectorial «Uma Saúde»: Um guia tripartido de abordagem às doenças zoonóticas nos países*,^{2,e} e o *sistema «Uma Saúde» do Banco Mundial*.³⁸ Usando estes guias como referência, os Estados-Membros podem adoptar uma variedade de abordagens para a construção de uma capacidade «Uma Saúde». Na ausência de capacidade ou perante uma capacidade mínima a concentração, inicialmente, em algumas zoonoses prioritárias pode ser uma boa estratégia a empreender até que seja possível estabelecer uma coordenação nacional e regional mais formal. O Guia Tripartido das doenças Zoonóticas (TZG) aborda extensivamente a forma como os países podem estabelecer mecanismos de coordenação multisectoriais (MCM) «Uma Saúde», que possam ser utilizados para estabelecer mecanismos formais de comunicação, coordenação e colaboração em todos os sectores relevantes tanto para operações de rotina como de emergência. No sentido de apoiar estes esforços de capacitação «Uma Saúde», os INS dentro dos Estados Membros devem apoiar a criação ou o fortalecimento e a institucionalização destes MCM: não apenas para abordar as zoonoses, mas também para abordar outras prioridades «Uma Saúde», tais como a resistência antimicrobiana, as alterações climáticas e a segurança alimentar. Estes MCM devem incluir um sistema operacional para delinear as funções e as responsabilidades específicas do sector dos INSP e de outros parceiros relevantes da «Uma Saúde». Os INSP deveriam também estar envolvidas no desenvolvimento de estratégias ou estruturas «Uma Saúde» a nível nacional e regional, incluindo as metas, os objectivos e as actividades que os setores relevantes trabalharão em conjunto para abordar as prioridades identificadas na «Uma Saúde».

Vigilância e partilha de informação

Tanto a vigilância sectorial específica como a vigilância coordenada em todos os sectores relevantes devem ser consideradas para a detecção de eventos de zoonoses e para a partilha de dados.^{2,188} Os sistemas de vigilância coordenada proporcionam uma plataforma para a partilha de dados entre os sectores, permitindo que todas as partes recebam e colaborem de forma atempada. Um dos objectivos de um sistema coordenado e interoperável de vigilância de zoonoses consiste na identificação de eventos de zoonoses usando informações de todos os sectores relevantes e apoiando medidas coordenadas de resposta, prevenção e mitigação. Os sistemas de vigilância coordenados podem apoiar as necessidades operacionais de investigação, ajudando a compreender a carga da doença existente, monitorizando as tendências da doença, e avaliando o impactadas intervenções implantadas.

^e Também conhecido como Guia Tripartido para s Doenças Zoonóticas (ou TZG).

Os parâmetros de referência³⁸JEE e RSI⁶ da OMS incluem medidas e objectivos de capacidade para os países realizarem uma vigilância coordenada das doenças zoonóticas. Um sistema coordenado de vigilância para eventos de zoonoses inclui um mecanismo para assegurar que cada sector relevante se encontra envolvido ou, pelo menos, tem conhecimento do que acontece nos outros sectores. A melhor prática é identificar ou criar e padronizar elementos ou variáveis de dados comuns dentro de um sistema de vigilância coordenado para cumprir os objectivos analíticos comuns para as zoonoses prioritárias. Ter variáveis comuns garante que os dados recolhidos de qualquer sector possam ser desagregados e combinados com dados de outros sectores ou partes interessadas para análises ou investigações mais aprofundadas. Variáveis comuns incluem a ligação de variáveis, tais como números de identificação e para dados de séries temporais, locais ou fontes de exposição comuns e dados geoespaciais. Dependendo das necessidades nacionais, os mesmos formulários de recolha de dados podem ser utilizados tanto pelas equipas de vigilância da saúde animal como humana.

Alguns aspectos do sistema coordenado de vigilância têm de ser padronizados em todas as áreas geográficas, em todos os níveis administrativos e em todos os sectores relevantes, incluindo: definições de casos para vigilância; detecção de casos métodos; fontes de dados e mecanismos de registo de casos; as populações sob vigilância; e os procedimentos para confirmação de casos, incluindo resultados laboratoriais.^{189,190}

Nos INSP é importante ter em consideração o tipo de vigilância mais relevante necessário para responder a surtos, aperfeiçoar os resultados gerais de saúde, assim como, informar sobre políticas e actividades programáticas. Tanto a vigilância baseada em eventos^{87,95,96,100} como a vigilância baseada em indicadores são componentes de alerta precoce e resposta (APR) e inteligência epidémica.¹⁹¹

A vigilância baseada em eventos (VBE) é definida como a recolha organizada, monitorização, avaliação e interpretação de informações ad hoc, principalmente, não estruturadas relativas a eventos ou riscos para a saúde, que podem representar um risco agudo para a saúde humana. A vigilância baseada em indicadores (VBI) consiste na recolha rotineira de dados de fontes, principalmente, baseadas na saúde e é a forma convencional de vigilância em muitos países.

A vigilância baseada em eventos não se destina a substituir outras formas de vigilância. A VBE e a VBI são complementares e cada uma tem um papel e um propósito diferente. É provável que a VBE seja melhor para detetar surtos emergentes e reemergentes mais cedo, enquanto que a VBI é mais adequada para monitorizar as tendências da doença ao longo do tempo e é útil para sinalizar o início de surtos sazonais regulares de doenças endémicas. Os passos seguintes são recomendados aos INS para implementação da VBE para zoonoses prioritárias:

- ▶ Para estabelecer um Grupo de Trabalho Técnico (GTT) em VBE:
 - O GTT deve ser composto por intervenientes de, pelo menos, os sectores da saúde animal e humana, bem como, de outros sectores relevantes, tais como a saúde fronteiriça, educação, vida selvagem/pesca, etc.
- ▶ Objectivos da realização de uma reunião técnica de partes interessadas da VBE:
 - Identificar zoonoses prioritárias a serem incluídas.
 - Elaborar uma lista de sinais para as instalações de saúde e níveis comunitários.
 - Criar documentos de orientação, SOPs, materiais de formação, ferramentas de relatório e mecanismos.
 - Definir papéis e responsabilidades em todos os níveis administrativos.
 - Configurar uma linha temporal para a implementação.
 - Desenvolver um plano de implementação e SOPs.
- ▶ Materiais VBE (desenho e elaboração):
 - Orientações técnicas.
 - Materiais de formação.
 - Ferramentas de relatório.
 - Materiais de comunicação (por exemplo, cartazes e folhetos).
- ▶ Formação em VBE:
 - Realizar a formação de formadores.
 - Realizar workshops de formação a nível comunitário, distrital e nas instituições de saúde.

► Monitorização e avaliação:

- Elaborar um plano de monitorização e avaliação.
- Realizar visitas de acompanhamento de apoio (mensais ou bimensais).
- Conduzir uma avaliação abrangente um ano após a implementação, e bianualmente depois.

Capacidade laboratorial

Tal como na capacidade de vigilância, tanto a capacidade específica do sector como a coordenação laboratorial multisectorial são recomendadas para um maior sucesso num programa de doenças zoonóticas. Os INSP devem assegurar que tanto os métodos de teste de diagnóstico como a proficiência do laboratório de diagnóstico atingem um padrão elevado e que também, idealmente, seguem as orientações e recomendações internacionais estabelecidas para cada zoonose prioritária. Além disso, sempre que possível, a coordenação de formações conjuntas e protocolos laboratoriais partilhados com laboratórios de saúde animal ou ambiental para a deteção dos mesmos agentes patogénicos pode ajudar a padronizar os procedimentos e permitir a comparabilidade dos dados. Os laboratórios de saúde pública podem servir como laboratórios de referência para outros sectores quando falta capacidade e partilhar reagentes, equipamentos ou pessoal para doenças que raramente são testadas também pode reduzir os custos do programa. Sempre que possível, a ligação de bases de dados ou redes entre sectores também pode melhorar a partilha de dados, notificando e facilitando a detecção precoce de agentes patogénicos desconhecidos ou a identificação da origem de surtos zoonóticos. Finalmente, laboratórios coordenados podem ser usados como suporte em casos de emergência quando possuem formação e recursos equivalentes.¹⁹²⁻¹⁹⁴

Preparação e resposta a emergências

Em emergências de zoonoses, assegurar que os sectores relevantes possuem formação para responder em conjunto pode aumentar a coordenação e permitir a partilha de recursos, reduzindo assim o tempo e o custo associados ao controlo dos surtos.¹⁸⁸ Os INSP podem desenvolver os seus próprios sistemas de preparação sectoriais específicos para as suas doenças prioritárias. Quando viável, porém, os INSP devem apoiar abordagens participativas, que incluam todos os sectores relevantes nas actividades de preparação e resposta. Estas actividades podem incluir o desenvolvimento e a implementação de avaliações de risco conjuntas, exercícios de simulação e planeamento da preparação. Outras considerações para a implementação de investigação coordenada e actividades de resposta encontram-se listadas no TZG.²

Desenvolvimento da força de trabalho

Uma força de trabalho global competente em saúde pública é fundamental na prevenção e resposta a surtos e outras emergências de saúde pública. Esta força de trabalho deve incluir não só profissionais de saúde pública, mas também profissionais que trabalham nos sectores da saúde animal (domésticos e selvagens) e ambiental, assim como outros sectores relevantes. Muitas iniciativas globais de segurança sanitária apoiam a capacitação da força de trabalho epidemiológica em todos os sectores relevantes, incluindo o Pacote de Ação para o Desenvolvimento da Força de Trabalho da Agenda Global de Segurança da Saúde, o Desempenho de Padrões Veterinários (PVS) da OIE e a ferramenta JEE da OMS. Especificamente, estas iniciativas estabelecem uma meta nacional de, pelo menos, um epidemiologista de campo treinado por 200 000 habitantes e um epidemiologista veterinário treinado por 400 000 unidades animais, que podem cooperar sistematicamente para responder às competências relevantes de RSI e PVS.³⁸ Os INSP podem assegurar que seu país se encontra preparado para prevenir, controlar e responder a zoonoses, garantindo que uma força de trabalho diversificada – composta por médicos, veterinários, técnicos de laboratório, epidemiologistas e outras profissões relevantes, como especialistas em saúde da vida selvagem e cientistas sociais – se encontra treinada para combater as ameaças à saúde na interface homem-animal.

Comunicação de risco

Assegurar que qualquer estratégia de comunicação de risco incorpora as partes interessadas e audiências apropriadas é fundamental. Ao desenvolver uma estratégia de comunicação, os INSP devem considerar como se envolverão com esses diferentes sectores e com as partes interessadas para comunicar e partilhar informações. Isto assegurará o desenvolvimento de canais formais de comunicação, o alinhamento de programas e mensagens, e a confiança entre os sectores relevantes da «Uma Saúde». O envio de mensagens alinhadas pode permitir a partilha de recursos, a maximização do apoio público e o aumento da aceitação e sucesso dos programas de saúde.²

Considerações para as zoonoses frequentemente prioritárias

A secção seguinte dá algumas orientações específicas sobre doenças e links para os recursos disponíveis para as zoonoses frequentemente prioritizadas em África. Estas incluem: antraz, brucelose, raiva, gripe zoonótica, e VHF's comuns incluindo Ébola, Marburgo, febre de Lassa, febre do Vale do Rift (RVF) e febre hemorrágica da Crimeia-Congo (CCHF). Para cada doença inclui-se uma breve descrição das considerações «Uma Saúde» para a prevenção, detecção e controlo dessa doença.

Antraz



A antraz é uma doença bacteriana zoonótica causada pelo *Bacillus anthracis*, que ocorre principalmente em animais herbívoros selvagens e gado, e é geralmente fatal entre estes animais. As infecções humanas podem resultar numa elevada taxa de mortalidade se não forem prontamente diagnosticadas e tratadas. Os humanos contraem antraz cutâneo através do contacto directo da pele ou mucosa com animais infectados por *B. anthracis* à medida que são abatidos ou esquartejados ou através da manipulação de subprodutos. A antraz gastrointestinal resulta do consumo de carne crua ou mal cozida proveniente de animais infetados. A antraz inalatória causa sintomas graves, mas raramente ocorre naturalmente em humanos; é adquirida através da inalação de esporos de *B. anthracis* aerossolizados durante o contacto ou processamento de peles, ossos, cabelo ou lâcontaminados. Além disso, foi noticiado na Europa o uso de antraz de injeção associado ao uso de heroína contaminada com esporos de *B. anthracis*. Entre estas formas, a antraz cutânea é a mais frequente, compreendendo aproximadamente 95% das infecções humanas que ocorrem naturalmente. Além das formas naturalmente adquiridas de antraz, *B. anthracis* é designado como uma arma biológica potencial, e o risco de adquirir esporos de *B. anthracis* para uso malicioso acentua a importância da vigilância, prevenção e controlo da antraz em países endémicos.

O controlo da antraz é conseguido principalmente através da vacinação do gado contra a doença, que é o método principal de prevenção e controlo do antraz em animais e, posteriormente, a prevenção da doença em seres humanos. A vigilância de casos animais e humanos é importante para identificar casos suspeitos, estimar a incidência e avaliar o impacto dos programas de controlo. A melhoria da resposta aos surtos é fundamental para implementar rapidamente programas de controlo e travar qualquer surto. A capacidade de diagnóstico laboratorial no nível 2 de biossegurança é fundamental para a rápida identificação de casos animais e humanos. Estas etapas aumentam a vacinação eficaz e eficiente do gado para prevenir e controlar a antraz.

Um sistema de vigilância eficaz depende da capacidade laboratorial de diagnóstico e vigilância epidemiológica, tanto do lado animal como humano. A abordagem «Uma Saúde», envolvendo intervenientes da saúde humana e animal, deve ser utilizada para promover a integração e coordenação multisectorial para a detecção, prevenção e resposta à antraz. O desenvolvimento de um grupo de trabalho sobre a antraz, envolvendo parceiros «Uma Saúde» e de um plano estratégico de prevenção e controlo de antraz, estão entre os primeiros passos para abordar a vigilância de antraz num país. Isto deve ser seguido pela avaliação dos sistemas de vigilância e resposta a surtos em vigor, avaliação laboratorial e avaliação da vacinação. Estas avaliações fornecem uma boa imagem da situação actual num país e informam a implementação de melhorias na vigilância, resposta a surtos e diagnóstico. Estudos e actividades, que visam a compreensão da epidemiologia de antraz num país são muito úteis, bem como, o desenvolvimento de materiais educativos para os cuidados de saúde e comunidade.

Vigilância e partilha de informação

Parte 1: Avaliação

- ▶ Rever as definições de casos para casos humanos e animais:
 - Estes estão de acordo com as definições internacionais de casos?
- ▶ Avaliar o processo de notificação de casos humanos:
 - Sensibilidade de comunicação desde o prestador de cuidados de saúde à autoridade sanitária local, passando pelo estado, até ao nacional.
 - O número de casos humanos associados a cada caso animal é semelhante aos rácios de nível regional?
 - Os dados são oportunos? É tomada alguma medida quando são notificados casos? As amostras são colhidas para diagnóstico laboratorial?

- ▶ A qualidade dos dados é adequada à vigilância de casos humanos?
 - Os registos dos casos estão completos? Há erros conhecidos?
 - As autoridades de saúde humana confiam nos dados reportados por estes sistemas?
- ▶ Avaliar o processo de notificação de casos em animais:
 - Sensibilidade da comunicação desde o prestador de cuidados de saúde veterinária ou do proprietário à autoridade veterinária local, estatal, nacional.
 - Os dados são oportunos? É tomada alguma medida quando são notificados casos? As amostras são colhidas diagnóstico laboratorial?
- ▶ A qualidade dos dados é adequada para a vigilância de casos animais?
 - Os registos dos casos estão completos? Há erros conhecidos?
 - As autoridades de saúde animal confiam nos dados notificados por estes sistemas?

Parte 2: Implementação

- ▶ Encorajar a notificação de casos por parte dos profissionais de saúde animal/humana.
- ▶ Realizar formação, fornecer recursos e equipamentos para executar o trabalho.
- ▶ Integração de dados epidemiológicos e de vigilância laboratorial de doenças humanas e animais, bem como, de dados clínicos e ambientais do laboratório:
 - Reuniões com o público, grupos de saúde animal e da vida selvagem para discutir a importância da vigilância integrada, desenvolver protocolos para investigações conjuntas e construção de parcerias.
 - Implementar um sistema para reconhecer e recompensar a boa qualidade das notificações.
 - Partilhar e combinar dados de casos em mapas e relatórios.
 - Utilizar dados de vigilância combinados para identificar focos de antraz, orientar a vacinação e planear a comunicação.

Capacidade laboratorial

Parte 1: Avaliação

- ▶ Descrever as capacidades actuais nos laboratórios nacionais e regionais: -Que laboratórios, se existirem, estão a realizar um diagnóstico de antraz?
- ▶ Descrever as medidas de segurança, procedimentos, formação e equipamento actuais.
- ▶ Descrição das capacidades actuais a nível clínico e hospitalar.
- ▶ Descrever os diagnósticos actuais disponíveis e realizados:
 - A reacção em cadeia da polimerase (PCR), cultura e coloração são realizadas, de forma rotineira, para outras doenças bacterianas (ou a maioria dos tratamentos é empírica)?
 - Descrever as medidas de segurança, SOPs, formação e equipamento actuais.

Parte 2: Implementação

- ▶ Considerar as opções para melhorar a pontualidade dos testes e dos resultados da notificação:
 - Adicionar o diagnóstico de antraz aos laboratórios localizados na(s) região(ões), onde os casos estão a ocorrer.
 - Procedimentos de envio, testes e relatórios que facilitem resultados rápidos.
 - Estabelecer relações entre laboratórios, grupos veterinários e de saúde pública.
 - Desenvolver ou actualizar os procedimentos existentes sobre as acções a tomar, com base em resultados presumíveis ou confirmatórios, por exemplo, mensagens de quarentena, vacinação e saúde pública.
- ▶ Implementar diagnósticos, que são recomendados para a identificação presumível ou confirmatória de *B. anthracis*.

- ▶ Oferecer formação, implementar protocolos, fornecer recursos e equipamentos para realizar com segurança e eficácia os trabalhos de laboratório:
 - Implementar o seguinte em laboratórios periféricos e de referência, conforme necessário, para garantir o manuseamento seguro de amostras de antraz e da precisão dos resultados:
 - » Atualizar as infraestruturas e o equipamento do laboratório para receber e testar com segurança amostras com suspeita de antraz.
 - » Procedimentos de serviço de diagnóstico - assegurar que os laboratórios estão a realizar testes que são apropriados a nível de biossegurança, equipamento e que têm medidas de controlo adequadas em vigor.
 - » Rever e oferecer formação, se necessário, em protocolos de biossegurança - físicos e operacionais.
 - » Assegurar o conhecimento e a adesão aos protocolos sobre boas práticas de laboratório.

Preparação e resposta de emergência

Planos de preparação e controlo

- ▶ Desenvolvimento de um grupo de trabalho multisectorial «Uma Saúde» a nível nacional e/ou regional para a antraz.
- ▶ Desenvolvimento de um plano estratégico nacional para a prevenção e controlo de antraz.
- ▶ Desenvolvimento de SOPs e directrizes para vigilância, resposta e notificação de casos de antraz.

Planos de contingência e de resposta

- ▶ Realizar formação e fornecer recursos e equipamentos para efetuar o trabalho.
- ▶ Desenvolver SOPs descrevendo como realizar investigações conjuntas com as autoridades de saúde humana e animal, incluindo uma descrição clara dos papéis e responsabilidades por agência.
- ▶ Caso humano como sentinela - investigar fonte de exposição, casos humanos adicionais com a mesma exposição, fonte de exposição animal.
- ▶ Caso animal - localizar carne e produtos animais até ao destino (por exemplo, mercado, vizinhos, proprietário); investigar casos adicionais em animais nas proximidades, exposições e casos humanos, fonte de exposição animal (ração contaminada ou pasto); determinar o estado de vacinação animal.
- ▶ Recolher amostras com segurança e realizar testes de diagnóstico em casos suspeitos.
- ▶ Remover carne ou produtos contaminados do abastecimento do consumidor, eliminar com segurança as carcaças dos animais e aplicar a vacinação em anel. Seguir as directrizes para o controlo de surtos em animais.

Comunicação de risco

Iniciar a educação comunitária

- ▶ Desenvolver mensagens com base em fontes de exposição, barreiras identificadas, outras informações identificadas em investigações e estudos.
- ▶ Formar profissionais de saúde animal/humana locais para disseminar mensagens.
- ▶ Identificar e utilizar outros mecanismos para divulgar mensagens (por exemplo, rádio, materiais impressos, etc.) e utilizar imagens em áreas com baixo nível de literacia.

Brucelose



A brucelose é uma zoonose que afecta o ser humano, o gado domesticado e a vida selvagem e é considerada uma das zoonoses mais frequentes e economicamente importantes a nível mundial. A infecção humana ocorre pela exposição a animais infectados ou produtos animais contaminados tais como leite não pasteurizado (cru) ou produtos lácteos.

Em humanos, a brucelose é uma doença debilitante e incapacitante, muitas vezes mal diagnosticada devido à semelhança com outras doenças febris agudas. No gado doméstico, a doença é causada principalmente por *Brucella abortus* e *Brucella melitensis* em bovinos e pequenos ruminantes e está associada a perdas de produção (por exemplo, aborto, diminuição da produção de leite e infertilidade).

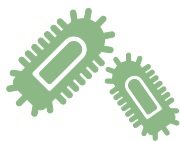
Recomenda-se que, antes de iniciar ou melhorar as actividades de prevenção e controlo da brucelose, os países avaliem a sua capacidade existente e identifiquem as metas e objectivos destes esforços. A *Ferramenta faseada para a eliminação da brucelose* (STEB)¹⁹⁵ fornece orientações práticas sobre como implementar as actividades de controlo da brucelose, e como monitorizar e avançar no progresso para a eliminação no gado. A STEB foi desenvolvido pelo CDC dos Estados Unidos e está ligada à orientação da FAO *Abordagem faseada para o controlo progressivo da brucelose*(SAPCB).

A brucelose é um exemplo de uma zoonose, em que as principais actividades de controlo da doença se concentram no controlo da doença na população pecuária, o que resulta numa redução da carga da doença na população humana. As responsabilidades do MS geralmente recaem sobre as actividades de: prevenção da doença em humanos; descoberta de casos, diagnosticar e notificar novos casos; assegurar a disponibilidade e o tratamento eficaz dos casos; e medir as tendências de incidência da brucelose ao longo do tempo. Dar prioridade à brucelose enquanto uma zoonose de importância nacional ou regional pode ser útil para gerar defesa e apoio aos esforços de controlo da brucelose.

Um sistema de vigilância eficaz baseia-se tanto na capacidade laboratorial de diagnóstico como em dados epidemiológicos, uma vez que os casos humanos e animais não podem ser diagnosticados apenas com base em sintomas ou sinais clínicos. A capacidade de diagnóstico adequada faz parte do Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005)³²oitos capacidades essenciais¹⁹⁶que, quando combinadas, reflectem a capacidade de um Estado membro para “detetar, avaliar, notificar e comunicar eventos”. Assim, o primeiro passo antes de estabelecer a capacidade de diagnóstico laboratorial nacional da brucelose humana é realizar avaliações laboratoriais se estas não tiverem sido feitas anteriormente, ou se a última avaliação tiver sido concluída há muito tempo. Não há avaliação laboratorial específica para brucelose como há para outras doenças humanas (por exemplo, a poliomielite). Contudo, está disponível um instrumento geral de avaliação laboratorial desenvolvido pela OMS que oferece orientação para avaliar laboratórios e pode ser adaptado a diferentes contextos. Uma vez estabelecida a capacidade de diagnóstico da brucelose a nível local/regional e nacional, recomenda-se incorporar a vigilância da brucelose nos sistemas já existentes, como o Sistema Integrado de Vigilância e Resposta de Doenças (IDSR), por exemplo. As definições de casos de brucelose devem basear-se na disponibilidade de métodos de diagnóstico laboratorial, na capacidade de diagnosticar e tratar infecções, e na capacidade de vigilância existente no país. A pedra angular de uma vigilância eficaz é uma estrutura clara de notificação, que permite, que os dados sejam rastreados desde os casos no terreno até aos laboratórios para os testes de diagnóstico, e depois tanto para cima para a agregação nos centros nacionais de notificação como para baixo a nível regional/local para a disseminação da informação.

Uma abordagem «Uma Saúde» para a prevenção e controlo da brucelose é fundamental. Como passo inicial deve ser criado - ou reforçado, se já existir - um Comité Multisectorial Nacional de Brucelose (CMNB) ou um mecanismo de coordenação multisectorial «Uma Saúde» semelhante para apoiar a implementação e subsequente monitorização das actividades do programa de controlo da brucelose.

Raiva



A raiva, uma doença causada pelo vírus da raiva (um membro do género *Lyssavirus*), apresenta-se como uma encefalite aguda e progressiva, que começa dias ou meses após a infeção e termina na morte do indivíduo infectado, normalmente 30 dias após o início dos sintomas. O diagnóstico clínico em humanos e animais é possível mas, dada a variabilidade do período de incubação e a natureza não específica dos sinais clínicos, a confirmação laboratorial é essencial para um diagnóstico preciso. Os *Lyssavirus* podem infectar qualquer mamífero, mas são tipicamente associados a espécies de reservatórios de animais específicos. O vírus da raiva (RABV) é apenas um membro do género *Lyssavirus*, mas é responsável por mais de 99% de todas as mortes por raiva em seres humanos. São frequentemente notificados eventos de transmissão entre espécies, a transmissão de RABV de uma espécie de reservatório para uma espécie não-reservatório. Os eventos de mudança de hospedeiro, a transmissão sustentada dentro de uma espécie não-reservatório, após um evento de transmissão entre espécies, são menos frequentes mas quando ocorrem podem ter profundas implicações para a saúde pública e animal. Um RABV que circule em populações animais discretas e que possa ser molecularmente diferenciado dos RABV circundantes é referido como uma “variante”. Há mais de 30 variantes de RABV notificadas globalmente, afectando, pelo menos, 150 países e continuam a ser notificadas cada vez mais todos os anos, à medida que os sistemas de vigilância melhoram nos países afectados pela raiva.^{79,197}

A vigilância eficaz em tempo real combinada com testes laboratoriais proficientes, descentralizados e validados é um pré-requisito para o controlo e eliminação da raiva com sucesso. A selecção e priorização de metodologias de vigilância em conjunto com técnicas apropriadas de diagnóstico devem reflectir os objectivos do programa de controlo e eliminação da doença (Etapa 1: prova de ónus; Etapa 2: prevenção da raiva humana; Etapa 3: monitorização e avaliação de medidas de controlo; Etapa 4: verificação da eliminação da raiva; e Etapa 5: pós-eliminação). O desenvolvimento de requisitos mínimos de vigilância, de acordo com o Capítulo 1.4 do OIE *Código Sanitário de Animais Terrestres*,¹¹² e a avaliação de rotina de indicadores de eliminação de doenças são da maior importância para que o objectivo de eliminar a raiva humana mediada por cães até 2030 seja alcançado.³⁰

Vigilância e partilha de informação

A vigilância da doença, a observação sistemática da presença ou ausência de uma doença pode ter numerosas aplicações dentro de um programa de controlo da raiva e muitas vezes depende da etapa do controlo da raiva praticada pelo país em questão, bem como, dos recursos disponíveis. A vigilância da raiva humana e animal é essencial para detectar rapidamente surtos e monitorizar as tendências da doença, assim como para avaliar a eficácia dos programas de intervenção (ou seja, vacinação parenteral ou oral, gestão populacional) e fornecer apoio para a manutenção do estado livre de raiva.^{5,198,199} Os programas nacionais e regionais de controlo da raiva devem considerar consultas regulares com Laboratórios de Referência da OIE para raiva para assegurar, que são implementadas práticas e ensaios diagnósticos mundialmente reconhecidos, e que os testes de proficiência diagnóstica de rotina são realizados.

Os programas de vigilância da raiva devem, no mínimo, incluir definições de casos e protocolos de investigação para exposições à raiva, casos de raiva animal e casos de raiva humana. As definições de casos, os critérios padrão usados para definir uma doença são a base, sobre a qual os sistemas de vigilância são construídos. Para os fins do presente documento recomendam-se as seguintes definições de casos:

- ▶ Exposições de raiva humana: Em países ou áreas enzoóticas para a raiva, a exposição a *casos suspeitos, prováveis ou confirmados* de animais domésticos ou selvagens raivosos é categorizada da seguinte forma:
 - **Categoria I:** Tocar ou alimentar um animal ou lamber a pele intacta.
 - » Acção: Isto não é considerado uma exposição à raiva. A PEP não é indicada e não há necessidade de uma investigação de campo do animal.
 - **Categoria II:** Mordiscar a pele descoberta, pequenos arranhões ou abrasões sem sangramento.
 - » Acção: Isto é considerado uma exposição à raiva. A PEP é indicada apenas com vacina (a imunoglobulina da raiva (RIG) não é necessária) e deve ser feita uma investigação de campo para confirmar o estado de saúde do animal em causa.
 - **Categoria III:** Mordidas ou arranhões transdérmicos simples ou múltiplos, contaminação das membranas mucosas, com saliva por lambidelas, lambidelas na pele gretada, exposição devido ao contacto directo com morcegos.
 - » Acção: Isto é considerado uma exposição grave. A PEP é indicada com vacina e RIG. A investigação de campo do animal em causa deve ser priorizada.

► Casos de raiva animal

- **Caso suspeito de raiva** (diagnóstico clínico): Um animal que apresenta qualquer um dos seguintes sinais: hiper salivação, paralisia, letargia, agressão anormal não provocada (morder duas ou mais pessoas ou animais, e/ou objectos inanimados), vocalização anormal, ou actividade diurna de uma espécie nocturna.
- **Caso provável de raiva** (diagnóstico clínico): Um animal raivoso suspeito, que tenha tido uma exposição conhecida (ou seja, mordida, arranhão ou contacto com saliva) a um animal raivoso suspeito, provável ou confirmado e que não se saiba se estará vivo nos dez dias seguintes aos sinais clínicos observados, ou um animal raivoso suspeito que morra, seja morto ou desapareça nos dez dias seguintes aos sinais clínicos observados.
- **Caso confirmado de raiva** (diagnóstico laboratorial): Um animal suspeito ou provavelmente infectado, cuja infecção é confirmada através de um teste diagnóstico primário, tal como definido pela OIE.²⁰⁰
- **Não é um caso de raiva** (diagnóstico laboratorial ou resultado da observação): Um animal suspeito ou provavelmente infectado, no qual a raiva é descartada, seja por diagnóstico laboratorial ou por um período de observação apropriado (note que os períodos de observação só se aplicam a cães, gatos e furões).

► Casos de raiva humana

- **Caso de raiva suspeito:** Uma pessoa apresentando uma síndrome neurológica aguda (encefalite) dominada por formas de hiperatividade (raiva furiosa) ou síndromes paralíticas (raiva muda) progredindo para coma e morte, geralmente por insuficiência respiratória, dentro de 7-10 dias, após os primeiros sintomas, se nenhum tratamento intensivo for instituído.
- **Descrição clínica:** Paresia ou paralisia, delírio, convulsões. Sem atendimento médico, morte em cerca de seis dias, geralmente causada por paralisia respiratória.
- **Caso provável de raiva:** Um caso suspeito acrescido de histórico de contacto com um suspeito de raiva animal.
- **Caso confirmado de raiva:** Um caso suspeito que é confirmado em laboratório:
 - » Critérios laboratoriais - um ou mais dos seguintes:
 - Detecção de antígenos virais da raiva através do teste directo de anticorpos fluorescentes (FAT) ou através do ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA) em amostras clínicas, de preferência tecido cerebral (colhido post-mortem).
 - Detecção por FAT na biópsia da pele (ante-mortem).
 - FAT-positivo após inoculação de tecido cerebral, saliva ou líquido cefalorraquidiano (LCR) em cultura celular, ou após inoculação intracerebral em ratos/ratinhos.
 - Título de anticorpos neutralizantes da raiva detectável no soro ou no LCR de uma pessoa não vacinada.
 - » Detecção de ácidos nucleicos virais por PCR em tecidos colhidos post-mortem ou intra-vitamínicos numa amostra clínica (por exemplo, tecido cerebral ou pele, córnea, urina ou saliva).
- **Não é um caso de raiva:** Um caso suspeito que é descartado através de testes confirmatórios de raiva ou após ser efectuado um diagnóstico confirmatório alternativo.

Figura 1. Definições de casos de animais e correspondente actividade de vigilância

| Caso | Definição | Actividade de vigilância |
|----------------------|---|---|
| Suspeito | Um caso que é compatível com uma definição de caso clínico de raiva animal Definição de caso clínico: Um animal que se apresenta com qualquer um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ hipersalivação ▪ paralisia ▪ letargia ▪ agressão anormal não provocada (morder duas ou mais pessoas ou animais e/ou objetos inanimados) ▪ vocalização anormal e ▪ actividade diurna das espécies nocturnas | Notificar as autoridades locais competentes de um animal suspeito de raiva Recolher o histórico primário de um animal, se disponível (estado de propriedade, estado de vacinação, exposição anterior, data de início dos sinais) Recolher amostras do sistema nervoso central para diagnóstico laboratorial, se disponíveis |
| Provável | Um caso suspeito acrescido de um histórico confiável de contacto com um animal suspeito, provável ou confirmado de raiva e/ou Um animal com suspeita de raiva que é morto, morre ou desaparece dentro de 4-5 dias após a observação da doença | Registo sistemático de informações secundárias, e ligação ao histórico primário Notificar as autoridades competentes para acompanhamento de qualquer exposição humana ou animal |
| Confirmado | Um caso suspeito ou provável de animal confirmado em laboratório* | Registrar sistematicamente o diagnóstico laboratorial e estabelecer ligação com o registo do caso Notificar as autoridades competentes de acordo com os protocolos nacionais |
| Não é um caso | Um caso suspeito ou provável que seja excluído por teste laboratorial ou investigação epidemiológica (ou seja, período de quarentena apropriado em animais elegíveis) | Notificar as autoridades competentes para acompanhamento de qualquer exposição humana ou animal Registrar sistematicamente o diagnóstico laboratorial e estabelecer a ligação com o histórico primário |

Adaptado de: Consulta de peritos da OMS sobre raiva Terceiro relatório.⁷⁹

* A confirmação laboratorial deve ser realizada com um teste diagnóstico padrão, tal como definido pela OMS (ver secção 5) ou o manual da OIE. Se forem utilizados outros testes de diagnóstico, dependendo da sua sensibilidade e especificidade, poderá ser necessária a confirmação com um teste secundário validado, especialmente no caso de resultados nativos.

Exemplos de definições de casos frequentemente usados e indicadores de programas para programas de vigilância da raiva:

► Animais com raiva:

- Vigilância baseada em casos (Fig. 1):⁷⁹
 - » Definição de caso clínico para animal suspeito de raiva (ver acima).
 - » Um animal que morde duas ou mais pessoas.
- Vigilância baseada em eventos:
 - » Morte inesperada de dois ou mais animais domésticos num período de 1 mês. As mortes devem ser consistentes com a definição de caso clínico para raiva.
- Indicadores do programa recomendados:
 - » Mínimo de 50% dos cães suspeitos notificados investigados por profissionais veterinários para determinar o estado de caso do animal.
 - » Mínimo de 90% dos casos prováveis de raiva (quando uma amostra está disponível) testados e os resultados notificados às autoridades sanitárias.

► Exposições a raiva:

- Vigilância com base em casos:
 - » qualquer exposição de Categoria I ou II da OMS (ver acima).
- Vigilância baseada em eventos:
 - » duas ou mais vítimas de mordidas com uma ligação epidemiológica ao mesmo animal, num período de 2 semanas.

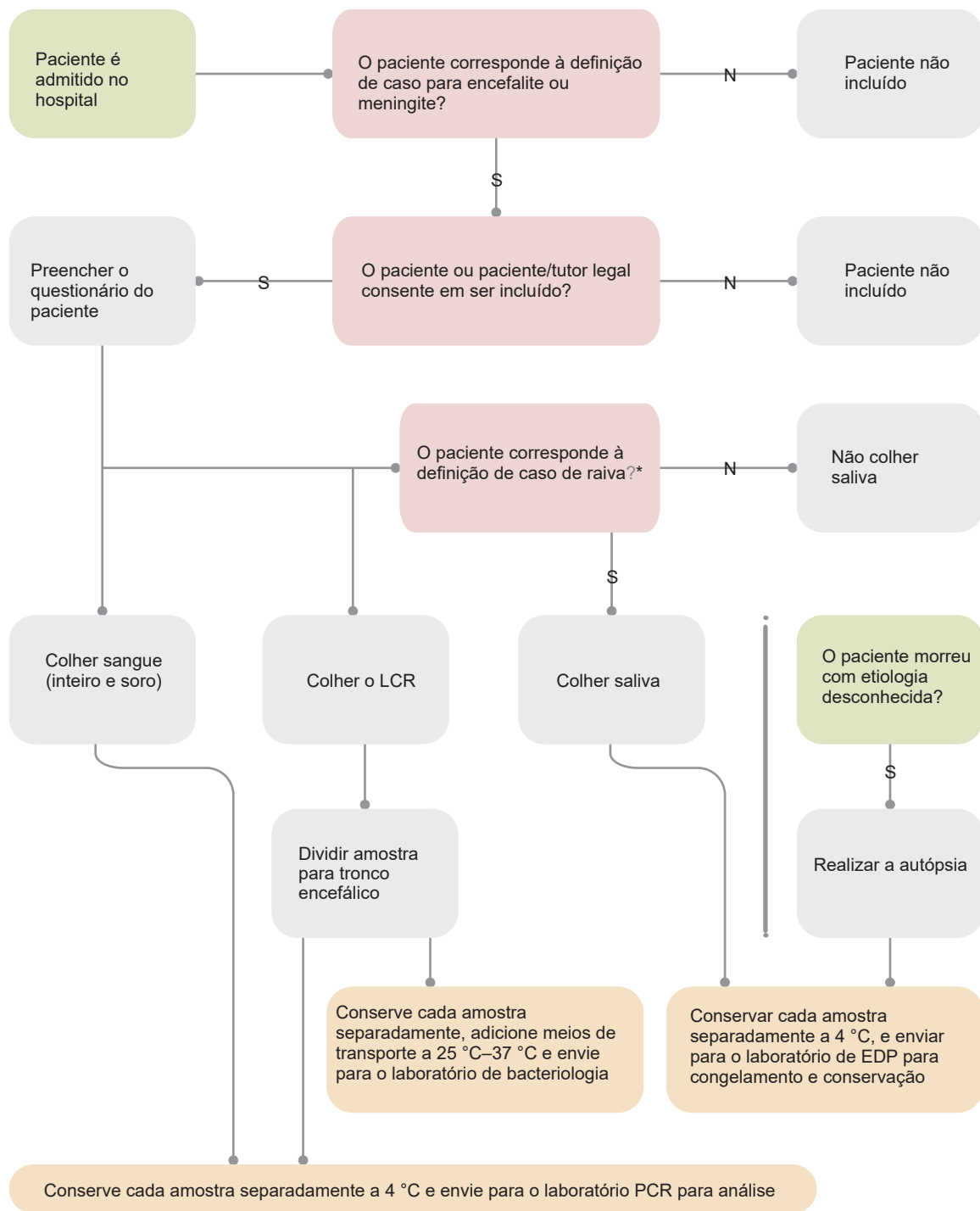
- Indicadores do programa recomendados:
 - » Mínimo de 80% das exposições à raiva humana de Categoria III da OMS investigadas por um profissional veterinário para determinar o estado de caso do animal.
 - » Mínimo de 90% dos casos prováveis de raiva (onde uma amostra se encontra disponível) testados e os resultados notificados às autoridades sanitárias e pessoas expostas.
- ▶ Profilaxia pós-exposição à raiva (PEP):
 - Evento de exposição (a avaliação de risco indica que a PEP é necessária).
 - Indicadores do programa recomendados:
 - » Certifique-se de que só são usadas vacinas contra a raiva humana cultivada em células (sem o uso de vacinas de tecidos nervosos).
 - » Certifique-se que, pelo menos, 50% dos residentes têm a vacina contra a raiva humana facilmente acessível.
 - » 100% das pessoas com exposição à raiva suspeita, provável ou confirmada recebem PEP.
 - » >90% dos regimes de PEP são documentados e notificados às autoridades sanitárias .
- ▶ Raiva humana
 - Vigilância com base em casos:
 - » qualquer pessoa compatível com a definição de caso clínico (ver acima).
 - Vigilância baseada em eventos:
 - » Duas ou mais mortes por encefalite inexplicadas, consistentes com a definição de caso clínico, num período de 3 meses.
 - Indicadores do programa recomendados:
 - » Inclusão da raiva humana em programas existentes de detecção de doenças febris agudas (AFI) ou encefalite (ver Fig. 2):
 - Pelo menos 90% dos casos humanos compatíveis são investigados (ver Anexo 11 da OMS para o formulário de investigação de casos sugerido).⁷⁹

Capacidade laboratorial

O diagnóstico laboratorial da raiva, através da detecção do antigénio ou ácido nucleico do Lyssavírus, é um pré-requisito para a vigilância eficaz da raiva.²⁰¹ Os testes devem ser descentralizados, permitindo a rápida confirmação dos casos, mesmo em áreas remotas. Tal descentralização é necessária para a tomada de decisões em tempo real sobre PEP, bem como, para estabelecer a carga da doença local e confirmar que a doença está ausente de uma área declarada. Muitas técnicas laboratoriais de diagnóstico da raiva foram examinadas e avaliadas, mas apenas muito poucas demonstraram sensibilidade e especificidade adequadas para serem consideradas testes primários ou confirmatórios pela OIE e OMS.²⁰⁰ Durante décadas, o teste de anticorpos fluorescentes directos (DFAT) realizado em esfregaços de impressão de tronco encefálico e cerebelo tem sido o único teste diagnóstico laboratorial primário da raiva.^{202,203} No entanto, o DFAT não é necessariamente propício a testes descentralizados devido às suas exigências de um microscópio fluorescente caro e de pessoal com formação altamente especializada. Em 2017, a OMS e a OIE reconheceram o teste imuno-histoquímico directo e rápido (DRIT) como um ensaio de diagnóstico primário alternativo. DRIT é uma técnica que pode ser executada no campo no prazo de uma hora, sem necessidade de electricidade e requer apenas um número mínimo de reagentes e um microscópio de luz.^{204,205} A OIE incluiu recentemente ensaios de pan-lyssavirus, rt RT-PCR, que foram bem validados contra o DFA ou DRIT como um ensaio de diagnóstico primário adequado para raiva.

- ▶ A capacidade mínima para a recolha de amostras deve incluir a capacidade de recolher uma secção completa do tronco cerebral e uma amostra parcial do cerebelo de animais falecidos, suspeitos de raiva. Exemplos de colheita de amostras podem ser encontrados na OMS *Técnicas laboratoriais em raiva: Remoção de cérebro no campo* (página 69).¹²³

Figura 2. Exemplo de um algoritmo de recolha de amostras que pode ser usado para identificar agentes causadores entre pessoas com encefalite não diagnosticada e meningite



* Definição de caso de raiva: Uma síndrome neurológica aguda (encefalite) dominada por formas de hiperactividade (raiva furiosa) ou síndromes paralíticas (raiva muda) progredindo para coma e morte, geralmente por insuficiência respiratória dentro de 7-10 dias, após o primeiro sintoma, se nenhum caso intensivo for instituído.

[LCR = líquido cefalorraquidiano; EDP = agentes patogénicos especialmente perigosos; PCR = reacção em cadeia de polimerase]

Preparação e resposta de emergência

Planos de preparação e controlo

Um país deve ter um plano nacional de controlo da raiva, que seja produzido por um comité multisectorial ou por um grupo de trabalho técnico da «Uma Saúde», incluindo os sectores relevantes responsáveis pelo controlo da raiva. O plano deve ser revisto no mínimo uma vez a cada cinco anos. O plano deve incluir indicadores claros, que possam ser avaliados periodicamente para assegurar que o programa cumpre os objectivos desejados.

Desenvolver um plano nacional

- ▶ A Ferramenta de Abordagem Faseada para Eliminação da Raiva (AFER) pode ser usada tanto para avaliar um programa de raiva existente quanto para desenvolver um plano nacional.^{1,56,206}
- ▶ O *Caminho Global para a Eliminação da Raiva canina* é uma ferramenta excelente que pode ser usada para estimar o tempo e o custo para que um país alcance a eliminação e tem sido usada para promover níveis adequados de financiamento.²⁰⁷

Planos de contingência e de resposta

As actividades de controlo da raiva devem fazer parte de programas governamentais de rotina, com serviços centrais que consistam no controlo de animais, investigação de casos suspeitos, garantia de PEP acessível e manutenção de cobertura adequada de vacinação de cães. Planos de resposta a eventos de mordidas, cães suspeitos de raiva e humanos suspeitos de raiva devem fazer parte das actividades de rotina, com protocolos desenvolvidos e incluídos na estratégia nacional de controlo da raiva, já que estes eventos são comuns em países endémicos e não devem constituir uma emergência que requeira protocolos de resposta especializada.

Eventos menos frequentes, que podem ter impacto num programa de controlo da raiva, incluem surtos na população do reservatório e escassez de vacinas. No mínimo devem ser desenvolvidas acções de contingência para estes dois eventos.

Surtos de raiva

- ▶ Devem ser desenvolvidos planos de resposta adequados para surtos de raiva tendo em conta a situação actual do controlo da raiva no país:
 - Os ambientes em que a raiva ainda é endémica devem evitar a realização de vacinação em anel em torno de casos de raiva. A razão é que a raiva ocorre em toda a área do programa e apenas uma pequena fracção dos casos é provável, que seja detectada por um programa de vigilância de saúde pública; os recursos são mais bem utilizados para estabelecer fortes abordagens fundacionais para a vacinação de cães, ao invés de atribuir recursos à vacinação em anel.
 - Ambientes, em que a raiva é muito bem controlada, com ocorrência de poucos ou nenhuns casos, podem desejar prosseguir com a vacinação em anel, com a lógica de que a actividade de vacinação se encontra a dar cobertura adicional ao programa de vacinação de cães de forma rotineira (presumivelmente eficaz).
 - Os locais, onde a raiva foi eliminada devem investigar minuciosamente qualquer notificação de um caso suspeito de raiva e, se confirmado, todos os contactos potenciais com animais devem ser colocados em quarentena durante seis meses ou eutanasiados. Podem ser aplicáveis requisitos adicionais da OIE, que devem ser seguidos.
- ▶ Durante um surto de raiva, as autoridades de saúde pública devem assegurar que os membros da comunidade se encontram cientes da situação e das medidas preventivas apropriadas. Isto pode ser feito através de alertas oficiais de raiva ou mensagens educativas de base.
- ▶ Durante um surto de raiva, as autoridades de saúde pública devem assegurar que os membros da comunidade têm acesso a vacinas contra raiva, de alta qualidade e a um preço acessível e que os casos suspeitos são adequadamente investigados por pessoas qualificadas.

Carências de vacinas

- ▶ Devem ser desenvolvidos planos de contingência para escassez de vacinas contra a raiva humana.
- ▶ Em caso de escassez de vacinas, as autoridades de saúde pública devem desenvolver e divulgar critérios claros de avaliação de risco para reduzir o uso indevido da vacina.
- ▶ Triagem das vítimas de mordidas, com base no nível e gravidade da exposição, pode ser necessária.

Comunicação de risco

- ▶ Os planos de comunicação encontram-se disponíveis enquanto parte do Rabies Blueprint¹¹⁵ e no plano estratégico Zero em 30 da OMS/FAO/OIE.²⁷

Força de trabalho

As necessidades da força de trabalho para a raiva podem ser categorizadas da seguinte forma: laboratório, vigilância e vacinação em massa. Um programa abrangente da raiva também exigirá uma força de trabalho para educação, bem-estar animal, legislação e várias outras actividades. As três mencionadas abaixo devem ser consideradas como competências mínimas.

Força de trabalho laboratorial

- ▶ Um laboratório de referência nacional:
 - A força de trabalho do laboratório, que realiza os ensaios reconhecidos pela OIE e pela OMS deve ser capaz de testar, pelo menos, duas amostras por dia. Cada amostra deve ter, pelo menos, dois leitores qualificados. Portanto, o número de funcionários do laboratório para suportar um laboratório de diagnóstico deve ser:
 - » $((\# \text{ de amostras enviadas por mês}) / (2 \text{ amostras testadas por dia} \times 20 \text{ dias úteis por mês})) \times 2 = \text{funcionários por amostra.}$
 - » *Exemplo:* $((80 \text{ amostras enviadas por mês}) / (2 \text{ amostras testadas por dia} \times 20 \text{ dias úteis})) \times 2 = 4 \text{ funcionários de laboratório.}$
- ▶ Capacidade de disseminação do laboratório:
 - O número de laboratórios regionais deve basear-se no número de amostras, que necessitam de ser testadas e na proximidade ao laboratório de referência nacional.
 - As amostras de importância para a saúde pública devem ser testadas no prazo de cinco dias após o evento de exposição. Se as amostras puderem ser entregues e testadas de forma fiável no laboratório nacional dentro deste prazo, então, os laboratórios regionais podem não ser necessários.

Força de trabalho de vigilância

- ▶ Os coordenadores de vigilância devem supervisionar equipas com menos de 15 investigadores de campo.
- ▶ Os investigadores de campo devem ser capazes de realizar, pelo menos, 15 investigações de campo por mês, com relatórios provenientes principalmente dos centros de saúde:
 - » $(n.^{\circ} \text{ de mordidas em centros de saúde por mês} / \text{capacidade do investigador}) / (\% \text{ da descrição do trabalho atribuída a investigações de campo da raiva}) / (\text{Proporção de investigações instigadas pelos relatórios dos centros de saúde})$
 - Exemplo:* Uma área do programa tem um total de 100 mordidas tratadas mensalmente entre as suas duas clínicas de raiva. Empregam investigadores de vigilância da raiva em tempo parcial, com 50% do seu tempo atribuído à raiva e 50% do seu tempo ao trabalho em clínicas veterinárias operadas pelo governo. São capazes de realizar 25 investigações por mês, quando trabalham a tempo integral. Cerca de 80% das notificações de raiva são provenientes das clínicas de raiva, enquanto que 20% adicionais das notificações de raiva provêm de veterinários particulares e notificações diretas de membros da comunidade.
 - » $(100 \text{ mordidas por mês} / 25 \text{ investigações por mês}) / (50\% \text{ tempo de trabalho}) / (80\% \text{ relatórios clínicos de mordidas}) = 10 \text{ investigadores de raiva têm de ser recrutados para a área do programa.}$

Força de trabalho de vacinação de cães

- ▶ Recursos para planeamento, dotação de pessoal e orçamento de campanhas de vacinação de cães disponíveis no CDC.¹⁷⁹
- ▶ As necessidades de pessoal de vacinação dependem de numerosos factores que têm impacto na eficiência dos vacinadores. Os factores de importação a considerar incluem a acessibilidade da população canina, o envolvimento da comunidade na vacinação dos seus cães, os métodos de vacinação a serem utilizados e a experiência dos vacinadores. A eficiência dos vacinadores tem variado muito nos estudos, variando de um mínimo de apenas oito cães vacinados por vacinador por dia a programas, que alcançaram a vacinação de mais de 100 cães por vacinador por dia. Para planear adequadamente uma campanha de vacinação, as avaliações devem ser realizadas rotineiramente para entender a eficiência dos vacinadores na área do programa.

► Em geral, a estimativa da equipa de vacinação de cães deve ser:

– $(n.º \text{ de cães visados para vacinação}) / (\text{Capacidade diária de vacinação}) / (\text{Duração do programa de vacinação})$.

Exemplo 1: Um programa de Raiva está a planear vacinar uma comunidade que tem 25.000 cães. Durante a campanha do ano passado, os vacinadores conseguiram vacinar em média 40 cães por vacinador para cada dia de operação. Este ano, o gestor do programa gostaria de completar a vacinação dentro de 14 dias úteis.

$$(25.000 \text{ cães}) / (40 \text{ cães por vacinador por dia}) / 14 \text{ dias úteis} = 45 \text{ vacinadores}$$

Exemplo 2: Um programa de Raiva está a planear vacinar uma comunidade que tem 25.000 cães. Durante a última campanha ano passado, os vacinadores foram capazes de vacinar em média 40 cães por vacinador para cada dia. Este ano a gestora do programa gostaria de completar a vacinação dentro de 14 dias úteis e está a considerar incluir vacinas orais contra a raiva no programa, o que ela acha que irá aumentar a eficiência do vacinador e permitir que vacinem 100 cães por vacinador por dia.

$$(25.000 \text{ cães}) / (100 \text{ cães por vacinador por dia}) / 14 \text{ dias úteis} = 18 \text{ vacinadores}$$

Febres hemorrágicas virais



Febre hemorrágica viral (FHV) refere-se a um grupo de doenças que são causadas por várias famílias distintas de vírus: Filoviridae (Ébola e Marburg), Arenaviridae (febre de Lassa), Phenuiviridae (febre do Vale do Rift), Nairoviridae (febre hemorrágica da Crimeia-Congo), e Flaviviridae (febre amarela).²⁰⁸ Estas FHV estão todas presentes em África e têm potencial de transmissão secundária entre humanos após o alastramento zoonótico para as populações humanas. Pigott et al. descrevem as etapas de transmissão do reservatório animal para pandemia global na figura seguinte.²⁰⁹

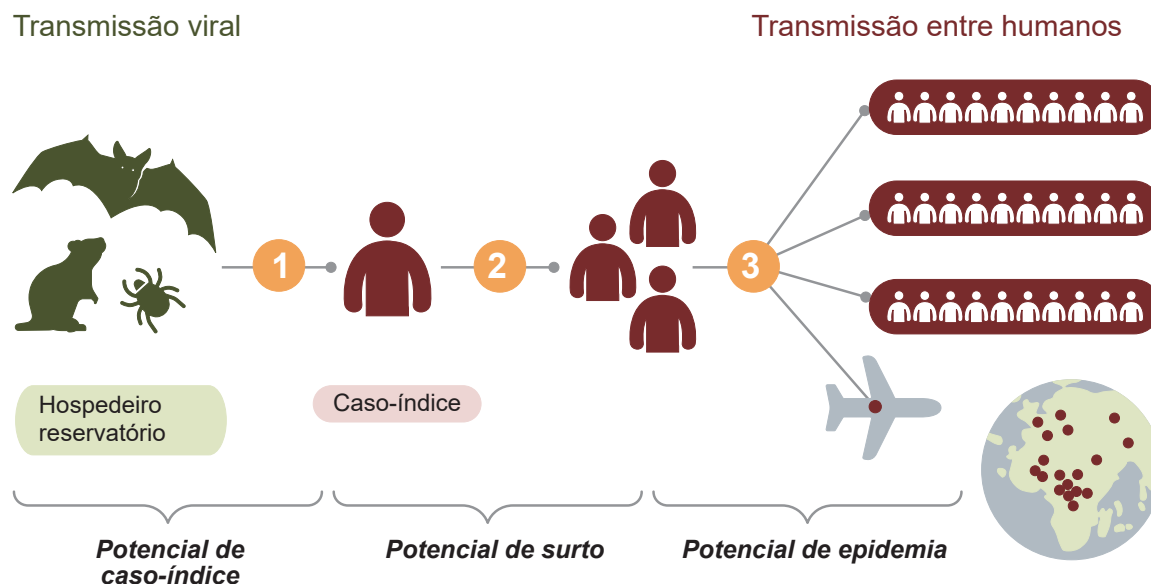


Figura 3: Progressão conceptual de FHV de um reservatório de animais para uma pandemia global: (1) alastramento do vírus ocorre a partir de um reservatório animal para o caso-índice; (2) um caso índice infecta indivíduos dentro da comunidade local ou num ambiente de prestação de cuidados; e (3) a transmissão generalizada do vírus ocorre tanto regionalmente como internacionalmente²⁰⁹

Em geral, o termo “febre hemorrágica viral” é usado para descrever uma síndrome multiorgânica grave. Caracteristicamente, o sistema vascular é danificado, resultando em diminuição da integridade vascular. Na doença grave, estas lesões podem ser acompanhadas de hemorragia (sangramento). Enquanto alguns tipos de vírus da febre hemorrágica (HFVs) podem causar doenças relativamente ligeiras, muitos destes vírus podem causar doenças graves, potencialmente fatais. As apresentações clínicas iniciais podem ser semelhantes a muitas outras doenças (por exemplo, malária, gripe e febre tifoide), estas FHV representam um risco particular para populações em locais com baixa capacidade de diagnóstico rápido.

Estas doenças também são extremamente infecciosas. Vigilantes, pessoal clínico e técnicos de laboratório devem considerar: (1) precauções de segurança, incluindo o uso de vestuário de protecção (máscaras, luvas, batas e óculos); (2) utilização de medidas de controlo de infeções (por exemplo, esterilização completa do equipamento e não reutilização de agulhas); e (3) isolamento de pacientes. A vacinação e/ou eliminação adequada dos animais infectados devem ser consideradas, com base no tipo de doença e animal afectado, de modo a minimizar ainda mais a transmissão.

Os graves resultados e taxas de transmissão associados a muitas FHV, como a gripe, fazem da implementação de uma abordagem «Uma Saúde» um componente essencial para a prevenção e controlo dessas doenças zoonóticas.

Vigilância e partilha de informação

Como referido anteriormente, muitas destas doenças apresentam sinais clínicos não específicos semelhantes (por exemplo, febre e mal-estar) e podem progredir e incluir hemorragia em doenças graves. A vigilância síndromica baseada em casos activos, visando doença febril aguda (DFA) ou FHV pode ajudar na detecção precoce de casos.²¹⁰⁻²¹² Como os reservatórios e as vias de transmissão da doença diferem por agente patogénico, a realização de um historial de exposição completo, incluindo a profissão e qualquer contacto com animais e/ou espécies vectoriais, será útil para reduzir a suspeita de FHV. Os primatas não humanos podem servir como fontes de transmissão para as FHV, os vírus da febre amarela, Ébola e Marburg. Além disso, os morcegos são reservatórios conhecidos para o vírus Marburg e implicados como reservatórios para o vírus Ébola, portanto a exposição ocupacional a morcegos ou aos seus habitats (por exemplo, em cavernas, minas, etc.) deve ser anotada nos formulários de histórico de casos.²¹³ O *Mastomys natalensis* é o reservatório do vírus Lassa; a exposição a

roedores, especificamente *Mastomys*, às suas excreções infectadas ou objectos contaminados pelo vírus, incluindo alimentos armazenados inadequadamente é considerada um factor de risco de transmissão. A FVR também é uma doença no gado, causando aglomerados de abortos característicos. A identificação de surtos em populações animais pode fornecer uma indicação precoce de potenciais eventos de alastramento ou surtos simultâneos em populações humanas. A monitorização dos padrões meteorológicos também pode ser usada como uma ferramenta de previsão de doenças transmitidas por vectores, tais como a febre do Vale do Rift transmitida por mosquitos e a febre hemorrágica da Crimeia-Congo.

Capacidade laboratorial

Dado que a maioria das FHV são classificadas ou como agentes patogénicos de nível de biossegurança (BSL)-3 ou -4, os países necessitam de ter acesso a laboratórios de referência altamente especializados para as diagnosticar tanto em humanos como em animais.²¹⁴ Isolamento do vírus, a sorologia e as abordagens moleculares têm sido úteis na descoberta e descrição de novos vírus emergentes. No entanto podem ser bastante difíceis de usar em diagnóstico, uma vez que a obtenção de amostras de vectores, reservatórios de animais e casos clínicos suspeitos em humanos exige tempo, materiais e equipamentos de protecção, instalações laboratoriais especializadas e competências técnicas especiais e por vezes fora do comum.^{212,215} Estão a ser usados novos SOPs baseados em campo e técnicas próximas do ponto de tratamento para permitir diagnósticos mais rápidos em situações de emergência e ambientes clínicos, no que diz respeito à instalação de unidades laboratoriais móveis, ensaios multi-agentes patogénicos e diagnósticos rápidos. Dado que é necessária capacidade especializada para estes agentes patogénicos altamente infecciosos pode fazer mais sentido financeira e logisticamente colaborar com os sectores da saúde animal e ambiental para desenvolver uma rede laboratorial comum para este tipo de testes em todos os sectores. Os centros regionais de colaboração da OMS e as redes regionais de laboratórios em África já prestaram assistência como esta em África, a países que ainda não têm esta capacidade de diagnóstico implementada.

Preparação e resposta a emergências

A resposta eficaz às FHV requer uma resposta integrada «Uma Saúde» para caracterizar a extensão do surto e implementar medidas de controlo, comunicação de saúde e estratégias de intervenção. A gestão de casos, o rastreio de contactos e a biossegurança são elementos essenciais para a resposta de emergência para as FHV em todos os sectores. Alguns países desenvolveram um plano de resposta «Uma Saúde» para FHV,²¹⁶ que pode ser referenciado para este tipo de trabalho.

Força de trabalho

É fundamental manter uma força de trabalho bem treinada com a capacidade de utilizar e remover com precisão os EPI, estabelecer zonas de quarentena e diagnosticar os casos com segurança e precisão. Estas competências não se aplicam apenas ao pessoal, que responde aos casos humanos, mas também ao que trabalha na interface humana-animal, que está exposto a animais infecciosos e ou materiais associados. Vários SOPs e documentos de orientação foram desenvolvidos pela OMS e pelo CDC dos EUA para informar e formar profissionais de saúde pública sobre estes tópicos (ver Secção 1): Objectivos 4 e 5).

Gripes zoonóticas



Vigilância e partilha de informação

Os vírus da gripe animal são distintos dos vírus da gripe sazonal humana e não se transmitem facilmente entre humanos. Contudo, os vírus da gripe zoonótica - vírus da gripe animal que podem, ocasionalmente, infectar humanos através do contacto directo ou indirecto - podem causar doenças em humanos que vão desde uma doença ligeira até à morte.

Pandemias de gripe ocorrem quando um novo vírus da gripe emerge na população humana, onde há pouca ou nenhuma imunidade e se alastra rapidamente pelo mundo. Para confirmar rapidamente casos humanos suspeitos de uma nova estirpe da gripe, é essencial ter acesso a laboratórios com capacidade de diagnóstico do vírus da gripe. Em países, com recursos limitados, pode ser eficiente estabelecer ligações com redes de laboratórios que possam fornecer essa capacidade.

Quaisquer casos de infecção humana, com um novo subtipo de gripe, devem ser notificados à OMS no âmbito do RSI (2005).³² Sistemas precisos e atempados de vigilância da gripe humana e animal são usados para monitorizar os vírus da gripe, que circulam, rotineiramente, nas respectivas populações, tais como, humanos, aviários ou suínos, para detectar quaisquer possíveis alterações nos vários vírus.

A vigilância do vírus da gripe em humanos actua como um potencial sistema de alerta precoce pandémico, detectando vírus da gripe animal à medida que eles começam a entrar nas populações humanas como novas infecções por vírus. A vigilância do vírus da gripe animal também permite a detecção precoce de alterações de vírus, que podem afectar a sua gravidade na população hospedeira e afectar a sua transmissibilidade a outras espécies, incluindo a sua capacidade de infectar humanos.

Vigilância baseada em casos

A vigilância da gripe zoonótica é um esforço de colaboração com muitos parceiros, incluindo departamentos nacionais e subnacionais de saúde humana e animal, laboratórios, gabinetes de estatísticas vitais, profissionais de saúde, clínicas médicas e de saúde e departamentos de emergência. As informações em cinco categorias são recolhidas a partir de diferentes fontes de dados que permitem que os INSP:

- ▶ descubram quando e onde a actividade da gripe está a ocorrer;
- ▶ rastreiem doenças relacionadas com a gripe ;
- ▶ determinem quais vírus da gripe estão em circulação (incluindo a detecção de novos vírus da gripe A);
- ▶ detectem alterações no vírus da gripe;
- ▶ avaliem o impacto que a gripe está a ter nas hospitalizações e mortes de seres humanos e de animais.

A utilização de uma definição comum de casos humanos a nível global permitirá às autoridades nacionais de saúde pública interpretar os seus dados num contexto internacional. A definição de caso de Infecção Respiratória Aguda Grave da OMS é uma infecção respiratória aguda com:

- ▶ histórico de febre ou febre medida de ≥ 38 °C;
- ▶ e tosse;
- ▶ e com início nos últimos 10 dias;
- ▶ e requer hospitalização.

Vigilância baseada em eventos

Para cada caso de doença respiratória de gripe nova ou surto sazonal, os sectores determinam o nível apropriado de resposta de saúde pública. As autoridades de saúde pública devem considerar muitos factores na tomada de decisão, tais como a disponibilidade de recursos e as prioridades sectoriais concorrentes. No entanto, várias características dos surtos respiratórios nas pessoas justificam normalmente uma investigação mais aprofundada e uma resposta urgente. As características abaixo, embora não sejam abrangentes ou definitivas podem ajudar a determinar quais os surtos que merecem mais investigação:

- ▶ Surtos de etiologia desconhecida.
- ▶ Surtos associados a manifestações de doenças graves, tais como necessidade de hospitalização ou morte.
- ▶ Surtos que podem ser úteis para responder a perguntas epidemiológicas, laboratoriais ou de controlo de infecção.
- ▶ Surtos de possíveis doenças evitáveis pela vacina.

- ▶ Surto associados a ambientes institucionais ou com uma fonte provável (controlável) ambiental.
- ▶ Aglomerados de infecção respiratória potencialmente causada por um agente bioterrorista.
- ▶ Surto entre uma população vulnerável.
- ▶ Surto que geraram uma ansiedade excessiva no público.
- ▶ Surto que estão muito disseminados ou que estão a progredir rapidamente.
- ▶ Surto associados a um número maciço de mortes de animais.
- ▶ Surto associados a esforços para remediar animais doentes e mortos (tais como abate, abate controlado para alimentos, ou enterro/queima).

Capacidade laboratorial

O departamento de saúde e os laboratórios comerciais oferecem vários testes de diagnóstico, incluindo sorologia, cultura e testes de diagnóstico rápido. Estes testes podem procurar por agentes patogénicos únicos ou múltiplos. É importante utilizar testes e reagentes validados. Identificação e caracterização do agente patogénico causador de um surto de doença respiratória em surtos associados a humanos e a animais:

- ▶ assegura uma gestão clínica eficaz;
- ▶ assegura a implementação de medidas de controlo de infecção apropriadas;
- ▶ informa a notificação e resposta nacional apropriada, incluindo contramedidas médicas, mitigação comunitária e identificação de possível origem animal;
- ▶ permite que os clínicos testem os pacientes para o agente patogénico, o que pode ajudar os investigadores a compreenderem quando o surto vai terminar.

Preparação e resposta a emergências

Planos de preparação e controlo (estado estável)

- ▶ Estratégia Nacional para a Pandemia de Gripe do CDC dos EUA¹⁵⁵
- ▶ Qual é a acção do CDC relativamente à gripe humana, nova e pandémica⁸⁸
- ▶ Planeamento e Resposta à Gripe do CDC dos EUA²¹⁹

Em 1997, o vírus da gripe aviária A(H5N1) alastrou-se, pela primeira vez, das aves de capoeira directamente para infectar humanos em Hong Kong, resultando na morte de 6 das 18 pessoas infectadas. Preocupados com a possibilidade deste vírus A(H5N1) poder facilitar a infecção humana e, eventualmente, se alastrar de pessoa para pessoa, a OMS e o Governo dos Estados Unidos da América aumentaram o planeamento da preparação para pandemias. Desde 2000, o mundo tem vivenciado uma pandemia e há outros casos de infecção humana por novos vírus da gripe A, incluindo os vírus da gripe aviária e suína A. Uma pandemia de gripe pode colocar exigências extraordinárias à saúde pública e aos sistemas de saúde, bem como, aos serviços essenciais à comunidade. A preparação para tal ameaça é uma prioridade importante.

Em 2005, funcionários do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos Estados Unidos desenvolveram um plano de pandemia de gripe,²¹⁸ actualizado mais tarde em 2017,²¹⁹ para coordenar e melhorar os esforços de prevenção, controlo e resposta aos vírus A(H5N1), bem como, a outros novos vírus da gripe A de animais (por exemplo, de aves ou suínos) com potencial pandémico. Embora seja impossível prever quando ocorrerá a próxima pandemia, o Governo dos Estados Unidos desenvolveu três ferramentas para orientar o planeamento e a resposta nacional, estatal e local. Estas ferramentas estão alinhadas com o quadro global da OMS de fases pandémicas e atividades de avaliação de risco para preparação, resposta e recuperação.¹⁵⁷

Planos de contingência e de resposta (emergência)

- ▶ Recursos de planeamento e preparação para a gripe do CDC dos EUA²²⁰

Surto de doenças respiratórias agudas são comuns e podem ocorrer em muitos ambientes (tais como comunidades, lares de idosos, quartéis militares). Podem ser necessários tratamentos específicos, práticas de controlo de infecções e outras medidas preventivas para controlar os surtos. A investigação das características clínicas e epidemiológicas e a etiologia dos surtos é, particularmente, importante para a saúde pública. Surto respiratórios graves e inexplicáveis podem ser de particular importância para descartar a gripe zoonótica ou novas ameaças à saúde.

O principal objectivo da monitorização da vigilância durante a pandemia é acompanhar a evolução da mesma, incluindo a propagação geográfica, tendências da doença, intensidade da transmissão, o impacto da pandemia nos serviços de saúde e mudanças na sensibilidade antigénica e antiviral.

Embora as pandemias ocorram com pouca frequência, o planeamento e a preparação para uma pandemia é importante para assegurar uma resposta eficaz. Planear e responder a uma pandemia é complexo e as pandemias podem afectar a todos numa comunidade. Portanto, as autoridades de saúde pública, profissionais de saúde, investigadores e cientistas de todo o mundo estão a trabalhar juntos para planear e preparar possíveis pandemias. Muitos recursos estão disponíveis para ajudar os governos internacionais, nacionais, estatais e locais, profissionais de saúde pública e de cuidados de saúde, empresas, e comunidades a desenvolver planos de preparação para pandemias e fortalecer as suas capacidades para responder a diferentes cenários pandémicos. Centrado nos processos de planeamento nacional de preparação para pandemias de gripe, o objectivo é assegurar que, quando os países desenvolvem ou actualizam um plano, os objectivos sejam claros e os passos e acções essenciais sejam dados; isto é imperativo para que o plano sirva de orientação nas práticas de preparação e resposta a pandemias.

Comunicação de risco

- Comunicação e alcance público do CDC dos EUA sobre a gripe²²¹

Qualquer emergência de saúde pública apresenta desafios significativos de comunicação de risco e uma pandemia de gripe não será diferente. Uma comunicação clara, precisa e atempada é fundamental para manter o público em geral informado sobre a pandemia da gripe.

Força de trabalho

- Preparação e resposta do sistema de saúde contra a gripe dos EUA²²²

A gripe pandémica tem o potencial de colocar uma grande tensão nos sistemas de saúde. Uma preparação eficaz em caso de pandemia exigirá o envolvimento de toda a comunidade de saúde e os recursos de cuidados de saúde em todo o espectro de cuidados terão de estar prontos para responder ao aumento da procura. Todas as organizações de saúde devem demonstrar resiliência no dia-a-dia e estar preparadas para responder quando, surgir uma pandemia de gripe. Uma resposta eficaz dos cuidados de saúde a um evento pandémico requer uma consciência geral das capacidades do sistema e das capacidades para formar um «quadro operacional comum». As unidades individuais de saúde devem estar preparadas para se adaptarem a diferentes factores de stress no sistema ao longo do tempo, através da colaboração com diversos parceiros, partilha eficaz de informação e coordenação das actividades de resposta. Na última década foram feitos investimentos significativos para ajudar o sector de saúde a identificar lacunas na preparação, determinar prioridades específicas e desenvolver planos para a construção e sustentação dos cuidados de saúde.

Considerações transfronteiriças

O aumento das viagens internacionais de pessoas, animais e produtos animais, combinado com a natureza permeável de fronteiras terrestres internacionais, aumenta o potencial de propagação de uma ameaça à saúde pública, incluindo a transmissão de zoonoses, através das fronteiras administrativas. A fim de fortalecer a capacidade nacional, distrital e do ponto de entrada a capacidade de prevenir, de detectar e responder a ameaças à saúde pública nas fronteiras internacionais, nas regiões fronteiriças e nacionais, é importante identificar a associação recente a viagens para ou através de áreas geográficas de interesse no momento ou logo após um evento de saúde pública. A integração de uma variável associada à viagem no sistema de vigilância e notificação nacional independente de um surto permitirá a recolha rotineira e análise de dados, o que contribuirá para notificação rápida de uma potencial emergência de saúde pública internacional (PHEIC). A integração nos sistemas nacionais de vigilância e notificação de uma variável de viagem concebida para reflectir o histórico recente de viagens ou a intenção de viajar pode ajudar a identificar potenciais casos ou contactos de casos bi- ou multinacionais, e indicar quando é necessária uma resposta ou investigação transfronteiriça adicional. O termo «viagem associada» refere-se a um caso confirmado ou provável de doença ou outro evento de saúde num indivíduo:

- ▶ que viajou recentemente de, ou teve contacto recente com pessoas/animais, que viajou de outro país; ou
- ▶ que se pensa ter adquirido a doença noutro país ou ter estado noutro país durante o período de incubação de uma infecção e que tenha sido, possivelmente, contagiado durante esse período; ou
- ▶ que se pensa ter adquirido a exposição à doença noutro país; ou
- ▶ que tem planos iminentes de viajar para outro país; ou
- ▶ cujo caso requer a colaboração de outro(s) país(es) para fins de investigação da doença e controlo, independentemente do local presumido da infecção ou exposição.

O objectivo da variável de viagens é integrar o histórico de viagens ou a intenção de notificação de viagens em sistemas nacionais de vigilância e notificação para orientar a vigilância da saúde pública e as actividades de resposta para casos de «viagens associadas» e contactos com casos. O histórico de viagens ou a intenção de viajar de um caso ou contacto do caso será recolhida por voluntários da comunidade de saúde, agentes de vigilância distrital, unidades de saúde/animal e outras partes interessadas envolvidas na recolha e comunicação de dados de vigilância. Onde existirem sistemas de vigilância comunitária, um voluntário de vigilância comunitária registaria e enviaria simultaneamente um alerta de evento de saúde pública seguindo o protocolo padrão, e um alerta de sim/não para histórico geral de viagens ou intenção de viajar para um caso suspeito ou contacto de caso. Em resposta à recepção de um alerta de viagem «sim», a equipa de vigilância determinará o nível de resposta necessário, considerando as informações epidemiológicas disponíveis, incluindo o alerta de evento de saúde pública associado, a localização geográfica, as características demográficas do caso, etc. Possíveis acções de resposta incluem, mas não se limitam a, realizar um histórico de viagem ou módulo de intenções durante uma investigação de caso ou iniciar uma actividade de colaboração transfronteiriça de vigilância baseada em eventos. É de notar que os funcionários nos pontos de entrada devem ser tratados como mais um voluntário de vigilância comunitária no que diz respeito à sua responsabilidade de notificar alertas de saúde pública, incluindo associação de viagens. Os sinais seguintes indicam um provável caso associado a viagem ou contacto com caso positivo, no qual os agentes de vigilância devem realizar o seguimento do histórico de viagens ou a investigação de intenções:

- ▶ O caso responde sim a ter viajado recentemente para outro(s) país(es).
- ▶ O caso responde sim ao contacto com alguém que viajou recentemente para outro(s) país(es).
- ▶ O caso tem planos iminentes de viajar para outro país.

Os passos seguintes são considerados se um dos critérios do sinal for cumprido:

- ▶ O oficial de vigilância distrital ou outro funcionário conforme designado, conduz uma entrevista de acompanhamento para reunir informações adicionais sobre o histórico de viagens ou informações de intenção.
- ▶ As autoridades regionais e/ou nacionais são notificadas, quando apropriado, de acordo com o protocolo.
- ▶ As contrapartes noutros países são notificadas quando apropriado, de acordo com o protocolo.



Secção 3: Monitorização do progresso «Uma Saúde»

Para medir e acompanhar o progresso da implementação de «Uma Saúde» dentro dos INSP, foi fornecido o seguinte Quadro de pontuação «Uma Saúde». Este quadro de pontuação «Uma Saúde» liga as actividades ao quadro de pontuação existente no CDC de África para os INSP.²²³

O quadro de pontuação «Uma Saúde» é uma ferramenta de avaliação desenvolvida para ajudar os países com os INSP/MS existentes em África com interesse em desenvolver a capacidade de «Uma Saúde» de avaliar e medir o progresso no alcance dessas metas do sistema: 1) Fortalecer a coordenação e colaboração multisectoriais, «Uma Saúde»; 2) Desenvolver e fortalecer sistemas de vigilância e mecanismos de partilha de dados com as partes interessadas relevantes; 3) Fortalecer sistemas e redes laboratoriais para garantir uma detecção precoce, vigilância e resposta; 4) Garantir a preparação e resposta eficaz e coordenada de emergência em saúde pública usando uma abordagem «Uma Saúde»; e 5) Fortalecer e apoiar o desenvolvimento da força de trabalho para prevenir e controlar zoonoses prioritárias.

Esta ferramenta pode ser usada directamente pelos INSP para realizar uma avaliação interna ou por parte de um grupo externo, se se pretender uma avaliação independente. Pode ser usado como um documento independente ou como uma adenda à classificação do INSP para aqueles interessados em medir adicionalmente a sua capacidade de «Uma Saúde». Esta classificação «Uma Saúde» ajudará os INSP em toda a África a identificar as suas necessidades mais urgentes, acompanhar o progresso ao longo do tempo e fornecer informações aos CDCs e CCRs africanos que podem promover recursos para apoiar o desenvolvimento em curso. Como se baseia na classificação existente do INSP, complementa a Ferramenta de Desenvolvimento Faseado do IAINSP e a JEE da OMS.

A primeira vez que a classificação for administrada, estabelecerá uma linha de base de medição da capacidade e potencial de uma INSP «Uma Saúde». As avaliações subsequentes ajudarão a monitorizar o progresso. Os resultados da implementação da classificação serão utilizados para informar o desenvolvimento e o reforço do INSP.

Formato

A classificação «Uma Saúde» está organizada por meta e objetivo do sistema e denota a que função do INSP, se encontra ligada na classificação existente no INSP. Sob cada meta há um conjunto de indicadores de alto nível que permitem aos INSP avaliar a sua capacidade «Uma Saúde» e o progresso na implementação do sistema. Cada indicador pode ser pontuado como 0 (Não), 1 (Parcial) ou 2 (Sim), dependendo da capacidade «Uma Saúde» actual. A classificação também descreve o tipo de documentação que os INSP precisam de fornecer para justificar as pontuações.

Como classificar

Durante uma autoavaliação ou uma avaliação externa independente o INSP, os avaliadores devem pontuar todos os indicadores da classificação. Isto assegurará que as pontuações finais reflectem com precisão a capacidade do INSP.

Com base na capacidade actual do INSP, cada indicador da classificação recebe uma pontuação única que varia de 0 a 2. Os avaliadores devem pontuar um indicador 0 se o INSP não tiver absolutamente nenhuma capacidade na área, a ser avaliada

por esse indicador - se os atributos-chave estiverem completamente ausentes. Se o INSP tiver alguma capacidade e cumprir alguns dos atributos especificados num indicador, mas não todos, deve receber uma pontuação de 1. Os avaliadores devem pontuar um indicador 2 se o INSP cumprir integralmente todos os requisitos e atributos-chave especificados no indicador. A distinção entre um 0 versus 1 deve depender unicamente da presença ou ausência dos atributos-chave especificados num determinado indicador. Mesmo que um INSP demonstre capacidade em apenas uma das poucas áreas indicadas num indicador, o INSP deve receber uma pontuação de 1 e não um 0. Todas as respostas devem ser suportadas por documentação, conforme indicado na classificação. O quadro de pontuação fornece orientações aos avaliadores sobre quando e como pontuar cada indicador.

Com base nas entradas do avaliador, o quadro de pontuação gera duas pontuações finais para o INSP: uma pontuação geral de desempenho e uma pontuação de desempenho discriminada por cada objectivo do sistema «Uma Saúde». Para cada meta do enquadramento, o cartão de pontuação calcula automaticamente uma proporção, dividindo o número total de pontos das pontuações do INSP nessa meta do enquadramento pelo máximo de pontos possíveis (número total de indicadores por meta do enquadramento multiplicado por 2) para a meta do enquadramento. O cartão de pontuação converte a proporção numa percentagem multiplicando-a por 100. As percentagens são muito úteis para estimar e acompanhar o progresso do INSP para melhorar a sua capacidade e atingir os padrões descritos no cartão de pontuação.

Pontuação de desempenho do INSP por meta do enquadramento OH

1. X = Soma das pontuações dos itens dentro de uma meta
2. Y = Total de pontos possíveis que podem ser ganhos para a meta
3. Pontuação do INSP por meta (%) = $X / Y \times 100$

O cartão de pontuação calcula automaticamente a pontuação de desempenho geral, dividindo a soma dos pontos obtidos para cada meta do enquadramento pela soma do máximo de pontos possíveis de todas as metas do enquadramento. O cartão de pontuação multiplica essa proporção por 100 para obter a pontuação percentual geral do INSP. O cartão de pontuação é, portanto, capaz de apresentar as pontuações percentuais por metas do enquadramento, bem como, o desempenho geral do INSP, em barras de histograma codificadas por cores.

Pontuação do desempenho geral do INSP

1. X = Soma do total de pontos de todas as metas
2. Y = Soma do máximo de pontos possíveis de todas as metas
3. Pontuação geral do INSP (%) = $X / Y \times 100$

Sistema de pontuação por cores

As barras do gráfico gerado pelos cartões de pontuação são codificadas por cores com base no desempenho do INSP. Os gráficos codificados por cores permitem uma representação visual directa da pontuação. As pontuações são codificadas por cores em três categorias, com base nos seguintes limites:

- ▶ Desempenho mínimo (vermelho): 0–59%
- ▶ Desempenho médio (amarelo): 60–79%
- ▶ Desempenho ideal (verde): 80–100%

Tabela de desempenho «Uma Saúde»

| Objectivo EOH ¹ | Função ISNP | Indicador | Comentários | Pontuação |
|--|---|--|-------------|--------------------------------------|
| Meta n.º 1: Fortalecer a coordenação e a colaboração multisectorial «Uma Saúde» | | | | |
| 1.1 | 10. Estrutura | <p>1.1 - Um mecanismo multisectorial de coordenação «Uma Saúde» (inclusive do ISNP) em vigor para a coordenação e colaboração das actividades relevantes em todos os sectores participantes (por exemplo, ministério da agricultura, ministério do meio ambiente, etc.).</p> <p>Nota: Pontuação 0 se não houver MCM ativo; pontuação 1 se um MCM estiver a ser estabelecido ou o ISNP estiver activamente a tornar-se parte de um MCM existente; Pontuação 2 se o ISNP estiver activamente integrado e for membro de um MCM em funcionamento.</p> <p>Documentação necessária: Um memorando de entendimento (ME) ou outro documento oficial estabelecendo um MCM entre o ISNP e outros sectores relevantes.</p> | | 2 |
| 1.1 | 7. Financiamento | <p>1.2 - O MCM tem autoridade para tomar decisões, incluindo autoridade para atribuir recursos financeiros e humanos e este mecanismo de financiamento inclui o ISNP.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se não houver MCM ou se o MCM não tiver um mecanismo financeiro estabelecido; Pontuação 1 se houver trabalho para estabelecer um mecanismo financeiro no MCM ou envolver o ISNP num mecanismo; Pontuação 2 se houver um mecanismo financeiro MCM, inclusive do ISNP, em vigor.</p> <p>Documentação necessária: Item de linha do orçamento nacional do MCM ou alguma outra evidência de sustentabilidade financeira dentro do MCM.</p> | | 2 |
| 1.1 | 6. Legislação | <p>1.3 - O ISNP ou MCM (incluindo o ISNP) tem autoridade legal ou um quadro político que inclui outros sectores relevantes e o seu mandato (por exemplo, missão e funções) inclui uma abordagem «Uma Saúde».</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o ISNP não tiver autoridade legal ou estrutura política, que inclua outros sectores ou uma abordagem «Uma Saúde»; Pontuação 1 se a autoridade legal ou estrutura política do ISNP incluir parcialmente outros sectores e / ou uma abordagem «Uma Saúde»; Pontuação 2 se a autoridade legal ou estrutura política do ISNP incluir e autorizar o ISNP e outros sectores a: conduzir vigilância coordenada, coordenar a preparação e resposta a emergências, conduzir e coordenar actividades de investigação «Uma Saúde» e identificar e relatar doenças zoonóticas prioritárias através de um sistema/rede nacional estabelecido de laboratórios.</p> <p>Documentação necessária: Acordos de utilização e partilha de dados para vigilância, laboratório, investigação e dados relacionados com a resposta.</p> | | 2 |
| 1.1 – <i>opcional</i> | 5. Institutos e investigação em saúde pública | <p>1.4 - O ISNP ou MCM (incluindo o ISNP) tem uma agenda/directriz/plano de investigação operacionalizado que inclui o «Uma Saúde» e doenças zoonóticas prioritárias.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o ISNP ou MCM não tiver um plano de investigação em vigor; Pontuação 1 se o ISNP ou MCM estiver a elaborar ou a iniciar a implementação de um plano de investigação; Pontuação 2 se o ISNP ou MCM usar sistematicamente a evidência do plano de investigação para projectar políticas, estratégias e intervenções de resposta às doenças zoonóticas prioritárias E comunicar rotineiramente os resultados da investigação das doenças zoonóticas prioritárias aos sectores relevantes.</p> <p>Documentação necessária: Uma directriz/plano de investigação incluindo doenças zoonóticas prioritárias e uma abordagem «Uma Saúde», publicações ou relatórios do plano</p> | | N / A - (bónus de 2 se concluído) |

Objectivos do Enquadramento «Uma Saúde» (EOH): **Objectivo n.º 1.1:** Apoiar a criação e/ou fortalecimento de mecanismos multisectoriais de coordenação «Uma Saúde» (MCM); **Objectivo n.º 1.2:** Desenvolver e implementar programas de prevenção e controlo de doenças zoonóticas prioritárias em colaboração com o MCM; **Objectivo n.º 2.1:** Estabelecer vigilância baseada em indicadores e eventos para raiva, influenza zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade; **Objectivo n.º 2.2:** Apoiar novos mecanismos e fortalecer os mecanismos existentes para partilha de informações e dados com as partes interessadas relevantes do «Uma Saúde», para a raiva, a gripe zoonótica e para, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias; **Objectivo n.º 3.1:** Fortalecer a capacidade institucional (instalações, pessoal e sistemas) para a raiva, gripe zoonótica e para, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias; **Objectivo n.º 3.2:** Apoio à coordenação entre redes de laboratórios de saúde humana, animal e ambiental; **Objectivo n.º 4.1:** Os ISNP devem realizar uma avaliação de risco conjunta para, pelo menos, um evento prioritário de doença zoonótica em colaboração com os sectores relevantes do «Uma Saúde»; **Objectivo n.º 4.2:** Os ISNP e todos os sectores relevantes para desenvolver e implementar planos conjuntos de preparação e resposta para a raiva, a gripe zoonótica e para, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais em colaboração com funcionários de animais e ambientais; **Objectivo n.º 4.3:** Incluir especialistas em saúde animal e ambiental no quadro de funcionários dos Centros de Operações de Emergência de Saúde Pública; **Objectivo n.º 4.4:** Fazer a ligação com as reservas nacionais e regionais para garantir a aquisição e distribuição adequadas e oportunas de fornecimentos para surtos de doenças zoonóticas prioritárias; **Objectivo n.º 5.1:** Apoiar o desenvolvimento da força de trabalho para prevenir e controlar a raiva, a gripe zoonótica e para, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade; **Objectivo n.º 5.2:** Defender oportunidades de formação multisectoriais «Uma Saúde» para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas de alta prioridade.

| Objectivo EOH' | Função ISNP | Indicador | Comentários | Pontuação |
|--|---------------------------------------|---|-------------|-----------|
| Meta n.º 1: Fortalecer a coordenação e a colaboração multisectorial «Uma Saúde» | | | | |
| 1.2 | 9. Plano estratégico | <p>1.5 - O INSP ou MCM (incluindo o INSP) tem um plano estratégico operacionalizado e planos de acção / implementação inclusivos de outros sectores, doenças zoonóticas prioritárias e uma abordagem «Uma Saúde».</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o INSP ou MCM não tiver um plano estratégico «Uma Saúde» em vigor; Pontuação 1 se o INSP ou MCM estiver a elaborar ou a iniciar a implementação de um plano estratégico «Uma Saúde» e planos de acção associados; Pontuação 2 se o INSP ou MCM estiver a utilizar sistematicamente o plano estratégico «Uma Saúde» e os resultados / evidências do plano de acção associado para projectar políticas de doenças zoonóticas prioritárias, estratégias e intervenções de resposta E comunicar rotineiramente os resultados das doenças zoonóticas prioritárias com os sectores relevantes.</p> <p>Documentação necessária: Um plano estratégico e planos de acção associados, incluindo doenças zoonóticas prioritárias e uma abordagem «Uma Saúde», publicações ou relatórios do plano</p> | | 2 |
| 1.2 | N/A | <p>1.6 - O INSP ou MCM (incluindo o INSP) «Uma Saúde» autoridade legal ou enquadramento político é expandido para fazer face aos esforços internacionais e regionais.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o INSP / MCM não tiver uma autoridade legal ou estrutura política «Uma Saúde», incluindo esforços transfronteiriços e regionais; Pontuação 1 se a autoridade legal ou estrutura de política «Uma Saúde» do INSP / MCM estiver a ser revista para incluir esforços transfronteiriços e regionais «Uma Saúde»; Pontuação 2 se a autoridade legal ou estrutura política do INSP / MCM «Uma Saúde» incluir e autorizar o INSP e outros sectores a: realizar vigilância coordenada transfronteiriça / regional, coordenar a preparação e resposta a emergências transfronteiriças/ regionais, conduzir e coordenar actividades transfronteiriças/regionais de investigação «Uma Saúde», e identificar e relatar doenças zoonóticas prioritárias através de uma rede/sistema laboratorial nacional estabelecido vinculado a países limítrofes ou regionais.</p> <p>Documentação necessária: Acordos de utilização e partilha de dados multinacionais (regionais) para vigilância transfronteiriça/regional, laboratório, investigação e dados relacionados com a resposta.</p> | | 2 |
| Meta n.º 1 TOTAL | | | | 10 |
| Meta n.º 2: Desenvolver e fortalecer sistemas de vigilância e mecanismos de partilha de dados com as partes interessadas relevantes | | | | |
| 2.2 | 1. Vigilância e compreensão da doença | <p>2.1 - O INSP possui vigilância funcional baseada em indicadores ou eventos para, pelo menos, cinco doenças zoonóticas prioritárias, incluindo raiva e gripe zoonótica, para definir a política de saúde pública.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se não houver vigilância para doenças zoonóticas prioritárias no INSP; Pontuação 1 se o ISNP estiver a trabalhar para estabelecer vigilância para, pelo menos, uma doença zoonótica prioritária; Pontuação 2 se o ISNP tiver vigilância funcional para a raiva, gripe zoonótica e três outras doenças zoonóticas prioritárias E estiver a usar regularmente os resultados da vigilância para moldar a política de prevenção e controlo de doenças zoonóticas.</p> <p>Documentação necessária: Evidência de política informada por esforços de vigilância.</p> | | 2 |
| 2.2 | 2. Sistemas de informação | <p>2.2 - O INSP usa sistematicamente dados de vigilância coordenada para cinco doenças zoonóticas prioritárias, incluindo raiva e influenza zoonótica, para moldar a política «Uma Saúde».</p> <p>Nota: Pontuação 0 se não houver vigilância coordenada com outros sectores relevantes para doenças zoonóticas prioritárias no INSP; Pontuação 1 se o INSP estiver a trabalhar para estabelecer vigilância coordenada para, pelo menos, uma doença zoonótica prioritária; Pontuação 2 se o INSP coordenou a vigilância funcionalmente em vigor para a raiva, a gripe zoonótica e para três outras doenças zoonóticas prioritárias E se encontra a utilizar regularmente os resultados da vigilância para moldar a política «Uma Saúde».</p> <p>Documentação necessária: Evidência de política informada por esforços de vigilância coordenados.</p> | | 2 |

| Objectivo EOH ¹ | Função ISNP | Indicador | Comentários | Pontuação |
|---|---|--|-------------|-----------|
| Meta n.º 2: Desenvolver e fortalecer sistemas de vigilância e mecanismos de partilha de dados com as partes interessadas relevantes | | | | |
| 2.2 | 2. Sistemas de Informação e 6. Legislação | <p>O INSP tem uma política/estrutura de partilha de dados de vigilância coordenada com todos os sectores relevantes da «Uma Saúde» para, pelo menos, cinco doenças zoonóticas prioritárias, incluindo a raiva e a gripe zoonótica.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se nenhuma política de partilha de dados de vigilância coordenada com outros sectores relevantes estiver em vigor; Pontuação 1 se o INSP estiver em processo de estabelecimento de uma política de partilha de dados de vigilância coordenada para, pelo menos, uma doença zoonótica prioritária; Pontuação 2 se o INSP tiver estabelecido uma política de partilha de dados de vigilância totalmente coordenada para a gripe zoonótica, para a raiva e outras três doenças zoonóticas prioritárias.</p> <p>Documentação necessária: Acordo de utilização de dados ou documentação equivalente entre os sectores relevantes. <i>Veja também 1.3 sobre vigilância coordenada</i></p> | | 2 |
| Meta n.º 2 TOTAL | | | | 6 |
| Meta n.º 3: Fortalecer os sistemas e redes laboratoriais para garantir a deteção precoce, a vigilância e a resposta | | | | |
| 3.1 | 3. Sistemas e redes laboratoriais | <p>3.1 - A rede de laboratórios do INSP tem capacidade para testar cinco doenças zoonóticas prioritárias, incluindo a raiva e a gripe zoonótica.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se a rede de laboratórios do INSP não tiver capacidade para testar quaisquer doenças zoonóticas prioritárias; Pontuação 1 se a rede de laboratórios do INSP puder testar, pelo menos, uma doença zoonótica prioritária; Pontuação 2 se a rede de laboratórios puder testar rotineiramente, pelo menos, cinco doenças zoonóticas prioritárias, incluindo a raiva e a gripe zoonótica.</p> <p>Documentação necessária: PONs e relatórios laboratoriais de rotina, incluindo de doenças zoonóticas prioritárias.</p> | | 2 |
| 3.2 | 3. Sistemas e redes laboratoriais | <p>3.2 - Um sistema funcional de gestão de informações laboratoriais (LIMS-SGIL) ou mecanismo equivalente estabelecido que permita a partilha de dados laboratoriais entre os sectores relevantes do «Uma Saúde» para doenças zoonóticas prioritárias.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se não houver LIMS (SGIL) ou mecanismo equivalente estabelecido; Pontuação 1: o LIMS (SGIL) estiver em desenvolvimento; Pontuação 2: existe um LIMS (SGIL) estabelecido e funcional ou mecanismo equivalente em vigor que permite a partilha de dados entre os sectores relevantes do «Uma Saúde» para, pelo menos, cinco doenças prioritárias (incluindo raiva e gripe zoonótica).</p> <p>Documentação necessária: Exemplos de relatórios de laboratório partilhados com outros sectores. <i>Consulte também o ponto 1.3 sobre redes laboratoriais.</i></p> | | 2 |
| Meta n.º 3 TOTAL | | | | 4 |
| Objectivo n.º 4: Garantir uma preparação e resposta de emergência eficazes e coordenadas em matéria de saúde pública, utilizando uma abordagem «Uma Saúde» | | | | |
| 4.1 | 4. Preparação e resposta | <p>4.1 - O INSP conclui uma avaliação de risco conjunta (ARC) em colaboração com setores relevantes para pelo menos uma doença zoonótica prioritária que ocorreu nos últimos 12 meses.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o INSP não realizou uma avaliação de risco de ARC para uma doença zoonótica prioritária; Pontuação 1 se o ISNP tiver conduzido uma avaliação de risco para pelo menos uma doença zoonótica prioritária; Pontuação 2 se o INSP conduziu uma ARC de pelo menos uma doença zoonótica prioritária que ocorreu nos últimos 12 meses.</p> <p>Documentação necessária: Relatório ARC.</p> | | 2 |
| 4.2 | 4. Preparação e resposta | <p>4.2 - O INSP (e o sector relevante) operacionalizou planos conjuntos de preparação e resposta em vigor para a raiva, a gripe zoonótica e para, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais</p> <p>Nota: Pontuação 0 se não houver planos prioritários de preparação e resposta para doenças zoonóticas; Pontuação 1 se a preparação para doenças zoonóticas prioritárias e planos de resposta conjuntos para pelo menos uma doença zoonótica prioritária estiverem em desenvolvimento; Pontuação 2 se os planos de prontidão e resposta para doenças zoonóticas prioritárias operacionalizados estiverem em vigor para pelo menos cinco doenças zoonóticas prioritárias (incluindo raiva e influenza zoonótica) e a implementação foi em colaboração com autoridades relevantes em matéria de animais e ambientais.</p> <p>Documentação necessária: Planos prioritários de resposta a doenças zoonóticas e evidências de implementação conjunta.</p> | | 2 |

| Objectivo EOH ¹ | Função INSP | Indicador | Comentários | Pontuação |
|---|--|---|-------------|-----------|
| Objectivo n.º 4: Garantir uma preparação e resposta de emergência eficazes e coordenadas em matéria de saúde pública, utilizando uma abordagem «Uma Saúde» | | | | |
| 4.3 | 4. Preparação e resposta | <p>4.3 - O INSP tem PHEOC funcional a nível nacional que é composto por especialistas em animais e no ambiente e pode alertar e envolver os parceiros relevantes do «Uma Saúde» no caso de uma emergência de doença zoonótica prioritária?</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o INSP não tiver EOC; Pontuação 1 se o INSP tiver EOC funcional que monitorize doenças zoonóticas prioritárias, mas não inclua especialistas em animais e no ambiente e/ou se envolva com parceiros «Uma Saúde»; Pontuação 2 se o INSP estiver totalmente funcional, for composto por especialistas em animais e no ambiente e se envolver rotineiramente com parceiros relevantes «Uma Saúde» para emergências de doenças zoonóticas prioritárias.</p> <p>Documentação necessária: Registos de pessoal; Mecanismos em vigor para alertar os sectores relevantes</p> <p>Consulte também o ponto 1.3 sobre resposta coordenada/conjunta.</p> | | 2 |
| 4.3 | 4. Preparação e resposta e 6. Legislação | <p>4.4 - 80% ou mais das investigações do INSP sobre ameaças à saúde relacionadas com doenças zoonóticas prioritárias no último ano incluíram participantes de todos os sectores relevantes.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se a percentagem real for 0–50%; Pontuação 1 se 51–79%; Pontuação 2: se ≥ 80%.</p> <p>Documentação necessária: Relatórios de investigação de doenças zoonóticas prioritárias.</p> <p>Consulte também o ponto 1.3 sobre a resposta coordenada/conjunta.</p> | | 2 |
| 4.4 | 4. Preparação e resposta | <p>4.5 - O INSP possui reservas de fornecimentos de emergência (por exemplo, medicamentos, vacinas, EPI) necessários para surtos prioritários de doenças zoonóticas.</p> <p>Nota: pontuação 0 se o INSP não tiver reservas de fornecimentos para qualquer doença zoonótica prioritária; Pontuação 1 se o INSP tiver reservas para, pelo menos, uma doença zoonótica prioritária; Pontuação 2 se o INSP tiver reservas para, pelo menos, cinco doenças zoonóticas prioritárias, incluindo a raiva e a gripe zoonótica.</p> <p>Documentação necessária: Registos de manutenção e inventário para a reserva nacional</p> | | 2 |
| Meta n.º 4 TOTAL | | | | 10 |
| Meta n.º 5: Fortalecer e apoiar o desenvolvimento de uma força de trabalho para prevenir e controlar doenças zoonóticas prioritárias | | | | |
| 5.1 | 8. Força de Trabalho | <p>5.1 - O INSP tem uma estratégia/plano de desenvolvimento da força de trabalho abrangente e operacionalizada que aborda a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o INSP não tiver uma estratégia/plano de desenvolvimento da força de trabalho em vigor para nenhuma doença zoonótica prioritária; Pontuação 1 se o INSP estiver em processo de desenvolvimento de uma estratégia/plano de desenvolvimento da força de trabalho, incluindo doenças zoonóticas prioritárias; Pontuação 2 se o INSP tiver uma estratégia/plano operacionalizada de desenvolvimento da força de trabalho para a raiva, a gripe zoonótica e para, pelo menos, três outras doenças zoonóticas prioritárias que incluam epidemiologistas, laboratórios, equipa clínica e agentes comunitários de saúde.</p> <p>Documentação necessária: Plano de força de trabalho incluindo doenças zoonóticas prioritárias que visem os principais profissionais de saúde pública.</p> | | |
| 5.1 | 8. Força de Trabalho | <p>5.2 - O INSP tem uma epidemiologia de campo avançada e programa de formação em laboratório (PFEL) (ou equivalente) que aborda a raiva, a influenza zoonótica e pelo menos três doenças zoonóticas prioritárias adicionais.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o INSP não tiver um programa de formação da força de trabalho ou um programa que não trate de doenças zoonóticas prioritárias; Pontuação 1 se um PFEL ou equivalente estiver em vigor e trate de, pelo menos, uma doença zoonótica prioritária; Pontuação 2 se houver um PFEL ou equivalente em vigor que trate das actividades de prevenção, resposta e controlo da raiva, gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais.</p> <p>Documentação necessária: Currículos do programa da força de trabalho, incluindo doenças zoonóticas prioritárias.</p> | | 2 |

| Objectivo EOH ¹ | Função ISNP | Indicador | Comentários | Pontuação |
|---|----------------------|--|-------------|-----------|
| Meta n.º 5: Fortalecer e apoiar o desenvolvimento de uma força de trabalho para prevenir e controlar doenças zoonóticas prioritárias | | | | |
| 5.2 | 8. Força de Trabalho | <p>5.3 - O INSP expandiu e operacionalizou a prioridade da estratégia / plano de desenvolvimento da força de trabalho para doenças zoonóticas, de modo a incluir outros sectores relevantes e/ou multisectoriais, bem como, oportunidades de formação em «Uma Saúde» para a raiva, a gripe zoonótica e, pelo menos, três doenças zoonóticas prioritárias adicionais.</p> <p>Nota: Pontuação 0 se o INSP não tiver uma estratégia/plano de desenvolvimento da força de trabalho em vigor, incluindo o «Uma Saúde» e outros sectores; Pontuação 1 se o INSP estiver em processo de desenvolvimento de uma estratégia/plano de desenvolvimento da força de trabalho, que inclua o «Uma Saúde» e outros sectores; Pontuação 2 se o INSP tiver uma estratégia/plano operacionalizado de desenvolvimento da força de trabalho, que inclua o «Uma Saúde» e inclua oportunidades de formação para epidemiologistas, laboratórios, equipa clínica e trabalhadores comunitários da área da saúde de vários sectores.</p> <p>Documentação necessária: Plano de força de trabalho inclusivo do «Uma Saúde» e direccionado aos principais profissionais de saúde de vários sectores.</p> | | 2 |
| 5.2 | 8. Força de Trabalho | <p>5.4 - O INSP tem uma epidemiologia de campo avançada e programa de formação de laboratório (ou equivalente), incluindo uma abordagem «Uma Saúde» e oportunidades de formação com outros sectores relevantes?</p> <p>Nota: Pontuação 0 nenhuma formação multisectorial, «Uma Saúde» fornecida no PFEL ou programa equivalente; Pontuação 1 formação fornecida, mas não foram envolvidos todos os sectores relevantes; Pontuação 2 a formação forneceu todos os sectores relevantes envolvidos.</p> <p>Documentação necessária: Currículos do programa de força de trabalho que incluem o «Uma Saúde». Registos de pós-graduação que incluem estagiários de vários sectores.</p> | | 2 |
| Meta n.º 5 TOTAL | | | | 8 |
| TOTAL GERAL | | | | 38 |

Glossário de termos

Abordagem multisectorial «Uma Saúde»: Incluindo várias disciplinas e várias entidades governamentais em toda a interface humano-animal-ambiente, bem como, entidades não-governamentais para abordar a saúde em conjunto de uma forma que seja mais eficaz, eficiente ou sustentável do que poderia ser alcançada por um sector a agir sozinho.

Abordagem «Uma Saúde»: Uma abordagem para lidar com uma ameaça à saúde na interface humano-animal-ambiente com base na colaboração, comunicação e coordenação em todos os sectores e disciplinas relevantes, com o objectivo final de alcançar resultados de saúde ideais para pessoas, animais e plantas que vivem num ambiente partilhado; a abordagem «Uma Saúde» é aplicável nos níveis subnacional, nacional, regional e global.

Abordar: No contexto actual, adoptar medidas políticas e técnicas para prevenir, detectar e responder, bem como, preparar e avaliar as doenças zoonóticas.

Academia / instituições académicas: Instituições de ensino superior. Pode referir-se a instituições com financiamento público, privado e cofinanciado e pode referir-se àquelas que funcionam e prestam contas a ministérios governamentais da educação ou do trabalho, bem como, aquelas que não o são.

Agente de doença zoonótica: Um patógeno ou perigo que causa uma doença zoonótica.

Alinhamento: Uma posição de acordo ou concordância.

Ambiente: O complexo de factores físicos, químicos e bióticos (por exemplo, clima, solo, coisas vivas) que actuam sobre um organismo ou uma comunidade ecológica e, em última instância, determinam a sua forma e sobrevivência; aqui, refere-se à localização física e ao contexto em que as pessoas e os animais vivem e interagem.

Ameaça: Um perigo, agente, evento, preocupação ou questão de doença zoonótica que apresenta riscos para a saúde humana ou animal.

Animais selvagens: Animais considerados selvagens ou ferozes ou não adaptados a situações domésticas; podem ser mamíferos, pássaros, peixes, répteis, anfíbios, etc.

Animal: Animais domésticos (animais de estimação e gado) e selvagens, incluindo animais para-domésticos ou não domésticos de habitação urbana (por exemplo, ratos, pombos).

Análise das partes interessadas: Um processo consultivo pelo qual todas as partes interessadas relevantes para uma ameaça à saúde na interface humano-animal-ambiente são identificadas e as relações e redes entre elas mapeadas.

Avaliação de risco: Neste contexto, avaliação de risco é definida como o processo sistemático de recolha, avaliação e documentação de informações para estimar o nível de risco e a incerteza associada relacionados com um evento zoonótico, durante um período de tempo especificado e num local especificado.

Biossegurança: A manutenção de condições seguras no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de substâncias biológicas para prevenir a exposição inadvertida dos funcionários.

Biossegurança: Conjunto de medidas tomadas para limitar ou combater a libertação de substâncias biológicas para a comunidade ou meio ambiente.

Capacidade: A capacidade de alcançar algo, geralmente referindo-se a algo que é mensurável (por exemplo, um laboratório pode testar 100 amostras/dia para a gripe aviária).

Capacidade: Uma função ou um conjunto de funções que podem ser realizadas (por exemplo, um laboratório pode testar os subtipos de gripe aviária H5, H7 e H1).

Colaboração: Indivíduos ou instituições que trabalham em conjunto para produzir ou alcançar algo.

Competência: Uma característica composta por três partes: competências (capacidade de fazer algo), conhecimento (compreensão de um tópico) e capacidades (talento adquirido para executar) que, juntos, permitem que uma pessoa seja eficiente e conduzem a um desempenho superior.

Comunicação de risco: A troca de informações em tempo real, conselhos e opiniões entre especialistas, líderes comunitários ou funcionários e pessoas, que estejam em risco ou que tenham uma influência directa na mitigação de risco devido às suas práticas ou comportamento. A comunicação de risco garante que as pessoas e as comunidades estejam conscientes das ameaças actuais e pode ser usada para promover comportamentos para reduzir os riscos contínuos.

Conjunto: O estado de ser ou fazer algo em conjunto.

Contexto: Todo o âmbito das circunstâncias, contexto ou ambiente, em que um evento decorre ou uma situação existe, e em termos dos quais o evento ou situação pode ser totalmente compreendido e avaliado.

Coordenação: A organização das diferentes partes componentes de uma actividade para permitir que trabalhem juntas de forma eficaz.

Desencadeador: Algo que inicia um processo ou acção.

Desenvolvimento da força de trabalho: O processo contínuo de desenvolvimento de programas de educação e formação para capacitar os indivíduos para adquirirem conhecimentos, competências e aptidões que lhes proporcionem a capacidade de atender às necessidades da força de trabalho nacional e internacional.

Determinantes sociais da saúde: As condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária. Estas forças e sistemas incluem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos.

Diferenciais rural-urbano: A variação nos factores determinantes sociais com base em onde as pessoas vivem e residem em locais rurais ou urbanos.

Disciplina: Um ramo do conhecimento (por exemplo, economia, virologia, epidemiologia, direito, medicina clínica, biologia vectorial).

Doença zoonótica emergente: Doença zoonótica devido a patógenos conhecidos, mas que ainda não ocorreram numa área geográfica específica, numa espécie específica, ou que estão a aumentar em prevalência (aqui, diferente de novos patógenos, ver definição abaixo).

Doença zoonótica endémica: Doenças zoonóticas que existem contínua ou ininterruptamente numa área geográfica, de modo que casos de doença possam ser esperados.

Doenças zoonóticas (zoonoses): Doenças infecciosas que podem ser transmitidas entre animais e humanos; podem ser disseminadas por comida, água, fómite ou vectores.

Elemento: Um componente ou parte de algo. Aqui, refere-se a componentes de actividades que podem ser realizadas em qualquer ordem.

Em serviço: Formação realizada durante serviços profissionais ou trabalho; aqui, refere-se à formação.

Emergência: Um evento zoonótico substancial que interage com as condições existentes de exposição, vulnerabilidade e capacidade e pode perturbar a função de uma comunidade ou sociedade em qualquer escala e que pode sobrecarregar a capacidade nacional de responder às necessidades da população afectada, e resultar em problemas humanos, perdas e impactos animais, materiais, económicos e/ou ambientais.

Enquadramento: Uma estrutura ou ideia básica subjacente a um sistema, conceito ou documento, ou um conjunto específico de regras, ideias ou crenças usadas para abordar um problema ou decisão.

Equitativo: Justo e imparcial, mas que não implica igualdade. Aqui, geralmente refere-se à distribuição de recursos.

Estratégia: Um plano conceitual ou abrangente de alto nível ou conjunto de políticas destinadas a alcançar um resultado específico, geralmente, operacionalizado através de um plano de acção ou plano operacional específico.

Evento: Ocorrência de uma doença zoonótica, incluindo um surto, epidemia ou pandemia em pessoas ou animais. Pode ou não referir-se a um único ou pequeno número de caso(s) clínico(s) ou infeção(ões) zoonótica(s) detectada(s), dependendo do perigo e / ou das circunstâncias.

Exposição: Condição de estar sujeito a um patógeno zoonótico que pode causar uma infecção.

Factor de risco: Qualquer variável física ou contextual que contribua para a probabilidade ou impacto de uma doença zoonótica prioritária, evento de doença zoonótica ou emergência a nível individual ou populacional.

Gestão de riscos: A identificação e implementação de políticas e actividades para evitar ou minimizar a probabilidade e/ou impacto de eventos de doença zoonótica em curso ou potencial. Na prática, a gestão de riscos normalmente refere-se a responder aos eventos actuais da doença (por exemplo, quarentena, abate, controlo de movimento).

Governança: O conjunto de estruturas, políticas, processos e/ou decisões que suportam a gestão de um sistema ou grupo.

Indicador: Algo que pode ser medido; aqui, refere-se a uma variável medida directa ou indirectamente repetidamente ao longo do tempo para revelar a mudança num sistema.

Integrado: O estado de duas ou mais coisas sendo combinadas numa.

Interface humano-animal-ambiente: Um contínuo de contactos e interações entre pessoas, animais, os seus produtos e os(s) seu(s) ambiente(s); em alguns casos, facilitando a transmissão de patógenos zoonóticos ou ameaças à saúde partilhadas.

Iterativo: Algo que é realizado/repetido periodicamente ao longo do tempo, geralmente com o objectivo de obter resultados mais precisos.

Mapeamento: Recolher e rever de forma abrangente as informações sobre que infraestruturas, actividades, recursos, etc., já existem no país para lidar com as doenças zoonóticas.

Mecanismo: Um sistema permanente, parte de uma infraestrutura ou um grupo organizado ou rede projectada para realizar uma tarefa específica; aqui, no contexto de um mecanismo de coordenação multisectorial «Uma Saúde», refere-se a um grupo permanente e organizado que trabalha de acordo com um conjunto de procedimentos documentados. Pode ter o nome de plataforma, comité, grupo de trabalho, grupo de trabalho, etc.

Ministério: Refere-se à entidade governamental nacional responsável por um determinado tópico ou sector, normalmente a autoridade competente. Pode ser referido de forma diferente por diferentes países (por exemplo, agência, departamento, directoria).

Mitigação: (Ver redução de risco).

Monitorização e avaliação: Um processo que ajuda a medir, rastrear, melhorar o desempenho e avaliar os resultados de uma atividade, programa ou política em andamento ou concluída, fornecendo indicações da extensão do progresso e cumprimento dos objetivos, e o progresso no uso dos fundos alocados, com a finalidade de melhorar o desempenho, garantindo responsabilidade ou demonstrando valor. Inclui Monitorização: a recolha contínua e sistemática de informações sobre indicadores específicos relacionados com o projecto ou o processo; e Avaliação: avaliação sistemática e objectiva da relevância, eficiência, eficácia ou impacto de um projecto ou processo a partir do conjunto de informações recolhidas sobre os indicadores durante a monitorização.

Multidisciplinar: Envolvendo a participação de várias disciplinas, que trabalham juntas, como num único ministério que emprega médicos, enfermeiras, veterinários ou outras profissões da saúde. Note-se que isto não significa o mesmo que multisectorial (ver definição).

Multisectorial: Envolvendo a participação de mais de um sector que trabalham em conjunto num programa conjunto ou resposta a um evento. Dizer multisectorial nem sempre significa que os sectores de saúde humana, animal e ambiental estão envolvidos, como é o caso quando se diz uma abordagem «Uma Saúde» (ver definição).

Normas e crenças culturais: Os padrões de comportamento típicos de grupos específicos, muitas vezes são transmitidos de geração em geração pela aprendizagem observacional dentro da comunidade.

Nível (administrativo): Refere-se aos níveis dentro do país, por exemplo, central/nacional/federal, subnacional (distrito, região, estado), local/comunidade.

Nível (governamental): Refere-se ao nível funcional dentro do nível administrativo, por exemplo, primeiro-ministro, ministerial, técnico.

Parte interessada: Qualquer indivíduo ou grupo que esteja ou deva estar envolvido na prevenção ou gestão de uma ameaça à saúde na interface humano-animal-ambiente ou nos impactos, é afectado ou vê-se afectado por tal ameaça à saúde, incluindo aquelas que podem sofrer o impacto de quaisquer medidas de gestão de risco associadas.

Perigo: Qualquer coisa com potencial para causar efeitos adversos à saúde (por exemplo, vírus, bactérias, produtos químicos, inundações, terremotos, cobras); também pode ser referido como uma ameaça.

Plano de acção: (Ver o plano).

Plano de contingência: Um plano de preparação para emergências específico para uma única doença zoonótica.

Plano: Uma descrição operacional ou orientada para a acção das actividades a serem realizadas, geralmente com base numa estratégia abrangente.

Preparação para emergências: O conhecimento, capacidades e sistemas organizacionais desenvolvidos por governos, organizações de resposta e recuperação, comunidades e indivíduos para efectivamente antecipar, responder e recuperar dos impactos de emergências prováveis, iminentes, emergentes ou actuais, incluindo emergências de doenças zoonóticas.

Preparação: Um processo usado antes de um potencial evento de doença zoonótica para garantir que a capacidade e os recursosse encontram disponíveis para responder.

Produção: A documentação ou outra evidência física ou mensurável de um resultado.

Prontidão: O estado de estar totalmente preparado para algo; aqui, pronto para um evento de doença zoonótica ou emergência.

Pré-serviço: Formação realizada antes de serviços profissionais ou trabalho (por exemplo, faculdade, universidade, aprendizagem), aqui refere-se a formação.

Recuperação: Ação que ocorre imediatamente após uma resposta a um evento zoonótico, quando a saúde animal, a saúde pública e as preocupações ambientais imediatas são tratadas e as preocupações com vidas e meios de subsistência são mitigadas. Recuperação refere-se à restauração de infraestruturas e recursos danificados e todas as outras acções tomadas para garantir o retorno à normalidade.

Recursos: Materiais, funcionários, tempo ou dinheiro necessários para realizar as actividades.

Redução de risco/mitigação de risco: A identificação e implementação de políticas e actividades destinadas a evitar que agentes zoonóticos criem riscos para a saúde ou diminuam a frequência, a distribuição, a intensidade ou a gravidade dos mesmos. Na prática, normalmente refere-se a evitar ou diminuir o risco e/ou impacto actual ou futuro.

Região: Um grupo de países que possuem algumas semelhanças, normalmente ligados geograficamente.

Reservatório: Qualquer animal, pessoa, planta, solo, substância - ou combinação de qualquer um deles - em que um agente zoonótico normalmente vive e se multiplica, e do qual depende principalmente para sua sobrevivência. É a partir do reservatório que a substância infecciosa é transmitida a um hospedeiro humano, animal ou outro hospedeiro susceptível.

Resposta: As actividades realizadas para reagir a um evento de doença zoonótica em qualquer parte do espectro, desde o aumento da monitorização até a resposta total à emergência.

Resultado: Resultado ou efeito de uma actividade.

Risco: Uma função da probabilidade de ocorrer um evento de doença zoonótica e da magnitude do impacto, caso ocorresse.

Sector: Uma parte ou ramo distinto da sociedade sociológica, económica ou política de uma nação ou uma esfera de actividades como a saúde humana, a saúde animal ou o meio ambiente.

Sectores/disciplinas/partes interessadas/ministérios relevantes: No mínimo, os sectores, disciplinas, partes interessadas ou ministérios, que são essenciais para a ameaça à saúde específica, devem ser enfrentados usando uma abordagem multisectorial do «Uma Saúde». Outros sectores e agências, que são partes interessadas na ameaça à saúde (por exemplo, partes interessadas privadas, academia), podem ser incluídos conforme necessário.

Sistema de vigilância coordenado: Um mecanismo para organizar diferentes elementos de vigilância em sectores colaborantes, permitindo que trabalhem juntos de forma eficaz em direcção a uma meta(s) de vigilância de doenças zoonóticas acordadas.

Sub nacional: Os níveis administrativos abaixo do nível central ou nacional.

Vector: Invertebrados (por exemplo, insectos) ou espécies de vertebrados não humanos, que transmitem agentes de doenças zoonóticas de um hospedeiro para outro.

Vigilância (vigilância baseada em eventos): A recolha organizada, monitorização, avaliação e interpretação de informações ad hoc, principalmente, não estruturadas sobre eventos ou riscos que possam representar riscos agudos para a saúde e que, no contexto deste guia, se referem à vigilância de doenças zoonóticas.

Vigilância (vigilância baseada em indicadores): A recolha sistemática e rotineira, monitorização, análise e interpretação de dados estruturados de doenças zoonóticas, geralmente, recolhidos de uma série de fontes formais bem identificadas, que no contexto deste guia serão principalmente fontes baseadas na saúde humana e animal.

Vigilância: A recolha, análise e interpretação contínua e sistemática dos dados necessários para o planeamento, implementação e avaliação relacionados com as doenças zoonóticas.

Vulnerabilidade: O grau em que uma população, indivíduo ou organização é incapaz de prever, lidar com, resistir e recuperar dos impactos negativos de eventos como um evento zoonótico.

Referências

1. King LJ, Anderson LR, Blackmore CG, Blackwell MJ, Lautner EA, Marcus LC, et al. Executive summary of the AVMA One Health Initiative Task Force report. *J Am Vet Med Assoc.* 2008;233(2):259–61. Disponível em: <http://avmajournals.avma.org/doi/abs/10.2460/javma.233.2.259>.
2. Taking a Multisectoral One Health Approach: A Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases in Countries. Geneva: World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Organisation for Animal Health; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325620>.
3. Falzon LC, Lechner I, Chantziaras I, Collineau L, Courcoul A, Filippitzi M-E, et al. Quantitative Outcomes of a One Health approach to Study Global Health Challenges. *Ecohealth.* 2018;15(1):209–27. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10393-017-1310-5>.
4. Rostal MK, Ross N, Machalaba C, Cordel C, Paweska JT, Karesh WB. Benefits of a one health approach: An example using Rift Valley fever. *One Health.* 2018;5:34–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29911162>.
5. Hasler B, Cornelsen L, Bennani H, Ruston J. A review of the metrics for One Health benefits. *Rev Sci Tech l'OIE.* 2014;33(2):453–64. Disponível em: <https://doc.oie.int/dyn/portal/index.seam?page=alo&alold=31858>.
6. WHO benchmarks for International Health Regulations (IHR) capacities. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241515429/en/>.
7. Gronvall G, Boddie C, Knutsson R, Colby M. One Health Security: An Important Component of the Global Health Security Agenda. *Biosecurity Bioterrorism Biodefense Strateg Pract Sci.* 2014;12(5):221–224. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/one-health-security-an-important-component-of-the-global-health-s>.
8. Gostin LO, Friedman EA. The sustainable development goals: One-health in the world's development agenda. *JAMA.* 2015;314:2621–2.
9. National action plan for health security (NAPHS). Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://extranet.who.int/sph/country-planning>.
10. De La Rocque S, Caya F, El Idrissi AH, Mumford L, Belot G, Carron M, et al. One Health operations: a critical component in the International Health Regulations Monitoring and Evaluation Framework. *Revue scientifique et technique (International Office of Epizootics).* 2019;38:303–14.
11. Gibbs EPJ. The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. *Vet Rec.* 2014;174(4):85–91. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24464377>.
12. Lee K, Brumme ZL. Operationalizing the One Health approach: the global governance challenges. *Health Policy Plan.* 2013;28(7):778–85. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czs127>.
13. Boni MF, Lemey P, Jiang X et al. Evolutionary origins of the SARS-CoV-2 sarbecovirus lineage responsible for the COVID-19 pandemic. *Nat Microbiol.* 2020;5:1408–1417. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41564-020-0771-4>.
14. Woolhouse MEJ, Gowtage-Sequeria S. Host Range and Emerging and Reemerging Pathogens. *Emerg Infect Dis.* 2005;11(12):1842–7. Disponível em: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/11/12/05-0997_article.htm.
15. Taylor LH, Latham SM, Woolhouse MEJ. Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2001;356(1411):983–9.
16. Grace D, Mutua F, Ochungo P, Kruska RL, Jones K, Brierley L, et al. Mapping of poverty and likely zoonoses hotspots. Nairobi: International Livestock Research Institute (ILRI); 2012. Disponível em: <https://cgspace.cgiar.org/handle/10568/21161>.
17. Alexander KA, Sanderson CE, Marathe M, Lewis BL, Rivers CM, Shaman J, et al. What Factors Might Have Led to the Emergence of Ebola in West Africa? Akogun OB, editor. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9(6):e0003652. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0003652>.
18. Hampson K, Coudeville L, Lembo T, Sambo M, Kieffer A, Atlan M, et al. Estimating the Global Burden of Endemic Canine Rabies. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9(4):1–20.
19. Rift Valley fever fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rift-valley-fever>.
20. Fenollar F, Mediannikov O. Emerging infectious diseases in Africa in the 21st century. *New Microbes New Infect.* 2018;26:S10–8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297518300842?via%3Dihub>.
21. One Health Zoonotic Disease Prioritization Workshop [Internet]. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/onehealth/global-activities/prioritization-workshop.html>.
22. Standley CJ, Carlin EP, Sorrell EM, Barry AM, Bile E, Diakite AS, et al. Assessing health systems in Guinea for prevention and control of priority zoonotic diseases: A One Health approach. *One Health.* 2019;7:100093. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352771418300466>.
23. One Health Strategic Plan: Federal Republic of Nigeria. Abuja: Federal Ministry of Health/Federal Ministry of Agriculture and Rural Development/Federal Ministry of Environment; 2019. Disponível em: https://ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/93_1566785462.pdf.
24. Salyer SJ, Silver R, Simone K, Behravesh CB. Prioritizing zoonoses for global health capacity building – themes from one health zoonotic disease workshops in 7 countries, 2014–2016. *Emerg Infect Dis.* 2017;23(13):S55–S64.
25. Pieracci EG, Hall AJ, Gharpure R, Haile A, Waleign E, Deressa A, et al. Prioritizing zoonotic diseases in Ethiopia using a one health approach. *One Health.* 2016; 2:131–135.
26. United Against Rabies launches global plan to achieve zero rabies human deaths [Internet]. New York: Global Alliance for Rabies Control; 2018. Disponível em: <https://rabiesalliance.org/news/united-against-rabies-launches-global-plan-achieve-zero-rabies-human-deaths>.

27. Zero by 30: The global strategic plan to end human deaths from dog-mediated rabies by 2030. Geneva: World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Organisation for Animal Health/Global Alliance for Rabies Control; 2018. Disponível em: <https://rabiesalliance.org/resource/zero-30-global-strategic-plan-end-human-deaths-dog-mediated-rabies-2030>.
28. Protocol for Enhanced Severe Acute Respiratory Illness and Influenza-Like Illness Surveillance for COVID-19 in Africa. Addis Ababa: Africa Centres for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://africacdc.org/download/protocol-for-enhanced-severe-acute-respiratory-illness-and-influenza-like-illness-surveillance-for-covid-19-in-africa/>.
29. Silverman JD, Hupert N, Washburne AD. Using influenza surveillance networks to estimate state-specific prevalence of SARS-CoV-2 in the United States. *Science Translational Medicine*. 2020;12(554):eabc1126. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.abc1126>.
30. 2019–2020 influenza season: repurposing surveillance systems for COVID-19 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/news/news/2020/5/20192020-influenza-season-repurposing-surveillance-systems-for-covid-19>.
31. OIE-listed diseases 2019 [Internet]. Paris: World Organisation for Animal Health; 2019. Disponível em: <https://www.oie.int/animal-health-in-the-world/oie-listed-diseases-2019/>.
32. International Health Regulations (2005) Third Edition. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>.
33. Wallace RM, Reses H, Franka R, Dilius P, Fenelon N, Orciari L, et al. Establishment of a High Canine Rabies Burden in Haiti through the Implementation of a Novel Surveillance Program [corrected]. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(11):e0004245. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26600437>.
34. Integrated Disease Surveillance and Response Technical Guidelines. Third Edition. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325015>.
35. Radin JM, Katz MA, Tempia S, Talla Nzussouo N, Davis R, Duque J, et al. Influenza surveillance in 15 countries in Africa, 2006–2010. *J Infect Dis*. 2012;206(suppl.1).
36. The African Network for Influenza Surveillance and Epidemiology (ANISE) [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/international/anise.htm>.
37. Global Influenza Strategy, 2019–2030. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: https://www.who.int/influenza/global_influenza_strategy_2019_2030/en/.
38. Joint external evaluation tool (second edition). International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259961/9789241550222-eng.pdf>.
39. 2017–2021 Africa Centres for Disease Control and Prevention Strategic Plan. Addis Ababa: Africa Centres for Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://africacdc.org/download/africa-cdc-strategic-plan-2017–2021/>.
40. National Public Health Institutes Core Functions & Attributes [Internet]. Saint-Maurice: International Association of National Public Health Institutes; 2009. Disponível em: https://ianphi.org/_includes/documents/sections/tools-resources/nphi-core-functions-and-attributes.pdf.
41. One Health OH-APP [Internet]. Washington DC: United States Agency for International Development. Disponível em: <https://www.onehealthapp.org/about>.
42. One Health – Operational framework for strengthening human, animal and environmental public health systems at their interface. Washington DC: World Bank; 2018. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/703711517234402168/Operational-framework-for-strengthening-human-animal-and-environmental-public-health-systems-at-their-interface>.
43. Public health events of initially unknown etiology: A framework for preparedness and response in the African Region. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112832?show=full>.
44. Meeting on 'One Health' approach in the WHO African Region opens in Libreville. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2012. Disponível em: <https://www.afro.who.int/news/meeting-one-health-approach-who-african-region-opens-libreville>.
45. Report of the One Health Technical and Ministerial Meeting to Address Zoonotic Diseases and Related Public Health Threats. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2016. Disponível em: <https://www.afro.who.int/publications/report-one-health-technical-and-ministerial-meeting-address-zoonotic-diseases-and>.
46. Evaluation and Capacity Review Tools [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/international/tools.htm>.
47. CDC Influenza Pandemic Tools [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pandemic-resources.html>.
48. Lebov J, Grieger K, Womack D, Zaccaro D, Whitehead N, Kowalczyk B, et al. A framework for One Health research. *One Health*. 2017;3:44–50.
49. ECDC tool for the prioritisation of infectious disease threats. Brussels: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/ecdc-tool-prioritisation-infectious-disease-threats>.
50. Si Mehand M, Millett P, Al-Shorbaji F, Roth C, Kieny MP, Murgue B. World Health Organization methodology to prioritize emerging infectious diseases in need of research and development. *Emerg Infect Dis*. 2018;24(9):e1–9.
51. IHR Costing Tool [Internet]. Washington DC: Georgetown University; Disponível em: <https://ghscosting.org/>.
52. IHR-PVS National Bridging Workshop. Strategic Partnership for IHR and Health Security (SPH) [Internet]. Geneva: World Health Organization/World Organisation for Animal Health; 2020. Disponível em: <https://extranet.who.int/sph/ihr-pvs-bridging-workshop>.
53. Evaluation for action. FAO Surveillance Evaluation Tool (SET): FAO in Emergencies. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. Disponível em: <http://www.fao.org/emergencies/resources/documents/resources-detail/en/c/1129356/>.

54. Framework for Enhancing Anthrax Prevention & Control [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/resources/anthrax-framework.html>.
55. Brucellosis Progressive Control Workshop for Central Asia. Budapest: Food and Agriculture Organization of the United Nations Regional Office for Europe and Central Asia; 2019. Disponível em: <http://www.fao.org/europe/events/detail-events/en/c/1238636/>.
56. Taylor L. How to undertake a SARE assessment [Internet]. New York: Global Alliance for Rabies Control; 2014. Disponível em: <https://caninerabiesblueprint.org/6-2-How-to-undertake-a-SARE>.
57. Octaria R, Salyer SJ, Blanton J, Pieracci EG, Munyua P, Millien M, et al. From recognition to action: A strategic approach to foster sustainable collaborations for rabies elimination. Rupperecht CE, editor. PLoS Negl Trop Dis. 2018 Oct 25;12(10):e0006756. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006756>.
58. Taking the steps to eliminate canine-mediated human rabies on Unguja island, Zanzibar. New York: Global Alliance for Rabies Control; 2018. Disponível em: <https://rabiesalliance.org/news/taking-steps-eliminate-canine-mediated-human-rabies-unguja-island-zanzibar>.
59. Lembo T. The blueprint for rabies prevention and control: A novel operational toolkit for rabies elimination. PLoS Negl Trop Dis. 2012;6(2).
60. Ebola and Marburg virus disease epidemics: preparedness, alert, control and evaluation. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: https://www.who.int/csr/disease/ebola/manual_EVD/en/.
61. Essential steps for developing or updating a national pandemic influenza preparedness plan. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/essential_steps_influenza/en/.
62. Federal Resources for Planning [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/planning-preparedness/federal-government-planning.html>.
63. US CDC. CDC's World Health Organization (WHO) Collaborating Center for Surveillance, Epidemiology and Control of Influenza. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/weekly/who-collaboration.htm>
64. National Influenza Centres. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/national_influenza_centres/en/.
65. North American Plan for Animal and Pandemic Influenza (NAPAPI). Washington DC: Public Health Emergency; 2017. Disponível em: <https://www.phe.gov/Preparedness/international/Pages/napapi.aspx>.
66. Influenza Risk Assessment Tool (IRAT). Pandemic Influenza (Flu) [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/national-strategy/risk-assessment.htm>.
67. Tool for Influenza Pandemic Risk Assessment (TIPRA). Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/influenza/publications/TIPRA_manual_v1/en/.
68. Pan-African Rabies Control Network (PARACON). New York: Global Alliance for Rabies Control. Disponível em: <https://rabiesalliance.org/networks/paracon>.
69. Pieracci EG, Scott TP, Coetzer A, Athman M, Mutembei A, Kidane AH, et al. The Formation of the Eastern Africa Rabies Network: A Sub-Regional Approach to Rabies Elimination. Trop Med Infect Dis. 2017;2(3):29. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28845466>.
70. Regional and International rabies databases. New York: Global Alliance for Rabies Control. Disponível em: <https://caninerabiesblueprint.org/Regional-and-International-rabies>.
71. Middle East, Eastern Europe, Central Asia and North Africa Rabies Control Network (MERACON). New York: Global Alliance for Rabies Control. Disponível em: <https://rabiesalliance.org/networks/meracon>.
72. The African Network for Influenza Surveillance and Epidemiology (ANISE). Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/international/anise.htm>.
73. Advancing emergency preparedness in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Disponível em: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/apsed-progress>.
74. Reaching Across Borders in Benin. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fieldupdates/summer-2017/benin-disease-detectives.html>.
75. Africa CDC RISLNET. Addis Ababa: Africa Centres for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://africacdc.org/rislnet/>.
76. Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en/
77. Public health at ports, airports and ground crossings. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: https://www.who.int/ihr/ports_airports/en/.
78. Merrill RD, Rogers K, Ward S, Ojo O, Kakaï CG, Agbeko TT, et al. Responding to communicable diseases in internationally mobile populations at points of entry and along porous borders, Nigeria, Benin, and Togo. Emerg Infect Dis. 2017;23:S114–20.
79. WHO Expert Consultation on Rabies Third report. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272364>.
80. Rysava K, Miranda ME, Zapatos R, Lapis S, Rances P, Miranda LM, et al. No caminho para a eliminação da raiva: The need for risk assessments to improve administration of post-exposure prophylaxis. Vaccine. 2018;37:A64–A72. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X1831627X?via%3Dihub>.
81. Borse RH, Atkins CY, Gambhir M, Undurraga EA, Blanton JD, Kahn EB, Dyer JL, Rupperecht CE, Meltzer MI. Cost-effectiveness of dog rabies vaccination programs in East Africa. PLoS Negl Trop Dis. 2018;12(5):e0006490. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006490>.

82. Anderson A, Kotzé J, Shwiff SA, Hatch B, Sloomaker C, Conan A, et al. A bioeconomic model for the optimization of local canine rabies control. *PLoS Negl Trop Dis.* 2019;13(5):e0007377. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31116732>.
83. Public Health Reporting and National Notification for Animal Rabies [Internet]. Atlanta: Council of State and Territorial Epidemiologists; 2010. Disponível em: <https://www.cste.org/resource/resmgr/PS/09-ID-12.pdf>.
84. A checklist for pandemic influenza risk and impact management: building capacity for pandemic response. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management_checklist_2018/en/.
85. WHO Guidance for surveillance during an influenza pandemic. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/guidance_pandemic_influenza_surveillance_2017/en/.
86. Unexplained Respiratory Disease Outbreaks [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/urdo/index.html>.
87. Africa CDC Event Based Surveillance Framework [Internet]. Addis Ababa: Africa Centres for Disease Control and Prevention; 2018. Disponível em: <https://africacdc.org/download/africa-cdc-event-based-surveillance-framework/>.
88. What CDC Does About Novel Flu: Outbreak Investigations. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/outbreak-investigations.html>.
89. Anthrax in humans and animals Fourth edition. Geneva: World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Organisation for Animal Health; 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97503/9789241547536_eng.pdf.
90. Brucellosis in humans and animals. Geneva: World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Organisation for Animal Health; 2006. Disponível em: <https://www.who.int/csr/resources/publications/Brucellosis.pdf>.
91. Influenza in animals. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/other/index.html>.
92. Brucellosis Reference Guide: Exposures, Testing and Prevention [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <http://www.selectagents.gov/>.
93. Case Definition for Ebola virus disease [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/evaluating-patients/case-definition.html>.
94. Influenza (flu): Viruses of special concern [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/monitoring/viruses-concern.html>.
95. A guide to establishing event-based surveillance. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2008. Disponível em: <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/10421>.
96. Early detection, assessment and response to acute public health events. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4/en/.
97. WHO. Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/eios>.
98. Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2018. Disponível em: <https://gphin.canada.ca/cepr/articles.jsp>.
99. Early Warning, Alert and Response System (EWARS) [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/surveillance/early-warning-alert-and-response-system-ewars/>.
100. Community Event-Based Surveillance of Priority Human and Zoonotic Diseases in Senegal: Suggestions for a Model One Health Project. Chapel Hill: MEASURE Evaluation; 2019. Disponível em: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-19-369>.
101. Mallewa M, Fooks AR, Banda D, Chikungwa P, Mankhambo L, Molyneux E, et al. Rabies encephalitis in malaria-endemic area, Malawi, Africa. *Emerg Infect Dis.* 2007;13(1):136–9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17370529>.
102. One Health Systems Mapping and Analysis Resource Toolkit (OH-SMART) [Internet]. Minneapolis: University of Minnesota; 2016. Disponível em: http://license.umn.edu/technologies/20170369_one-health-disease-outbreak-response-tool.
103. Developing global norms for sharing data and results during public health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: https://www.who.int/medicines/ebola-treatment/blueprint_phe_data-share-results/en/.
104. Draft R&D Blueprint MTA tool [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/blueprint/mta-tool/>.
105. Brucellosis (human) [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/zoonoses/diseases/Brucellosissurveillance.pdf>.
106. Rabies [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/rabies/epidemiology/Rabiessurveillance.pdf>.
107. Acute haemorrhagic fever syndrome [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsr992syn.pdf>.
108. Influenza Surveillance and Monitoring [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: https://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/en/.
109. Overview of Influenza Surveillance in the United States [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/weekly/overview.htm>.
110. International Health Regulations (2005). Annex 2. Geneva: World Health Organization; 2005. Disponível em: https://www.who.int/ihr/annex_2/en/.
111. International Health Regulations (2005). Monitoring and Evaluation Framework. Geneva: World Health

- Organization;2005. Disponível em: <https://extranet.who.int/sph/ihrmf>.
112. 2020 OIE Terrestrial Animal Health Code Twenty-eighth edition, 2019. Paris: World Organisation for Animal Health; 2020. Disponível em: <https://www.oie.int/standard-setting/terrestrial-code/>.
 113. Tran CH, Etheart MD, Andrecy LL, Augustin PD, Kligerman M, Crowdis K, et al. Investigation of Canine-Mediated Human Rabies Death, Haiti, 2015. *Emerg Infect Dis.* 2018;24(1):156–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29260668>.
 114. Flu activity and surveillance [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/weekly/fluactivitysurv.htm>.
 115. Communications plan. New York: Global Alliance for Rabies Control; 2014. Disponível em: <https://caninerabiesblueprint.org/Communications-plan>.
 116. Mission Rabies App [Internet]. Cranborne: Mission Rabies. Disponível em: <http://www.missionrabies.com/app>.
 117. Rabies Epidemiological Bulletin. New York: Global Alliance for Rabies Control. Disponível em: <https://rabiesalliance.org/networks/aracon/bulletin>.
 118. Surveillance integrating Phylogenetics and Epidemiology for Elimination of Disease: Evaluation of Rabies Control in the Philippines [Internet]. Disponível em: <https://rabiesresearch.github.io/SPEEDIER/index.html>.
 119. Laboratory assessment tool. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: https://www.who.int/ihr/publications/laboratory_tool/en/.
 120. Ondoa P, Datema T, Keita-Sow MS, Ndhokubwayo JB, Isadore J, Oskam L, et al. A new matrix for scoring the functionality of national laboratory networks in Africa: Introducing the LABNET scorecard. *African Journal of Laboratory Medicine.* 2016;5.
 121. Laboratory mapping tool. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i5439e.pdf>.
 122. Laboratory biosafety manual – Fourth Edition (draft). Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://animal.kmu.edu.tw/images/International_Guide/WHO/WHO_LBM_4edition_draft.pdf.
 123. Laboratory techniques in rabies. Fifth edition. Volume 2. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/rabies/resources/9789241515306/en/>.
 124. Second WHO Model list of essential in vitro diagnostics. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: https://www.who.int/medical_devices/publications/Second_WHO_Model_List_of_Essential_In_Vitro_Diagnostics/en/.
 125. Manual of Diagnostic Tests and Vaccines for Terrestrial Animals 2019. Paris: World Organisation for Animal Health; 2019. Disponível em: <https://www.oie.int/standard-setting/terrestrial-manual/access-online/>.
 126. Resolution AFR/RC58/R2: Strengthening public health laboratories in the WHO African Region: a critical need for disease control (2008). Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2008. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/resolutions/AFR-RC58-6.pdf>.
 127. Recommendations on the transport of dangerous goods. Model regulations (Rev 18) (2013). Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2013. Disponível em: <http://www.unece.org/index.php?id=33193>.
 128. Rabies Diagnostics: Assessing Your Public Health Laboratory. Silver Spring: Association of Public Health Laboratories; 2017. Disponível em: <https://www.aphl.org/aboutAPHL/publications/Documents/ID-2017-Jun-Rabies%20Workbook.pdf#search=rabies%20diagnosis>.
 129. OFFLU [Internet]. Paris: World Organisation for Animal Health. Disponível em: <http://www.offlu.net/>.
 130. Laboratory information systems project management: A guidebook for international implementations. Silver Spring: Association of Public Health Laboratories; 2018. Disponível em: <https://www.aphl.org/aboutAPHL/publications/Documents/GH-2018Nov-LIS-Guidebook-web.pdf>.
 131. Common Framework for Preparedness. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2013. Disponível em: <https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/41493/IASC%2C+Common+Framework+for+Preparedness/b1b602e3-c980-4fa5-88c1-126cfdcafc6d>.
 132. Etheart MD, Kligerman M, Augustin PD, Blanton JD, Monroe B, Fleurinord L, et al. Effect of counselling on health-care-seeking behaviours and rabies vaccination adherence after dog bites in Haiti, 2014–15: a retrospective follow-up survey. *Lancet Glob Health.* 2017;5(10):e1017–e1025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28911750/>.
 133. Franka R, Wallace R. Rabies diagnosis and surveillance in animals in the era of rabies elimination. *Rev Sci Tech.* 2018;37(2):359–370. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30747142/>.
 134. Influenza (Flu): Information for Laboratories. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/info-for-labs.html>.
 135. Dufour B, Plée L, Moutou F, Boisseleau D, Durand B, Ganière JP, et al. A qualitative risk assessment methodology for scientific expert panels. *Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz.* 2011;30(3):673–681. Disponível em: <https://www.oie.int/doc/ged/D11318.pdf>.
 136. HAIRS risk assessment process. London: United Kingdom Government; 2018. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/hairs-risk-assessment-process>.
 137. INFORM Epidemic Risk Index: Support Collaborative Risk Assessment for health threats. Brussels: European Science Hub; 2017. Disponível em: <https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/eur-scientific-and-technical-research-reports/inform-epidemic-risk-index-support-collaborative-risk-assessment-health-threats>.
 138. Indonesia is the first country to pilot the tripartite Joint Risk Assessment (JRA) tool [Internet]. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2018. Disponível em: http://www.fao.org/ag/againfo/programmes/en/empres/news_260318.html.
 139. Risk assessment. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: https://www.who.int/ihr/alert_and_response/risk_assessment/en/.
 140. Power D, Thom M, Gray J, Albert M, Delaporte S, Li T, et al. FlowKit: Unlocking the power of mobile data for humanitarian and development purposes. Stockholm: Flowminder; 2019. Disponível em: <https://digitalimpactalliance>.

- org/wp-content/uploads/2019/02/FlowKit_UnlockingthePowerofMobileData.pdf.
141. Reducing vulnerabilities and empowering migrants. The determinants of migrant vulnerability model as an analytical and programmatic tool for the East and Horn of Africa. Nairobi: International Organization for Migration Regional Office for East and Horn of Africa; 2018. Disponível em: <https://ethiopia.iom.int/sites/default/files/document/DoV%20in%20the%20EHOA%20region.pdf>.
 142. Health risk analysis in wild animal translocations [Internet]. Saskatoon: Canadian Wildlife Health Cooperative. Disponível em: http://www.cwhc-rccsf.ca/wildlife_health_topics/risk_analysis/.
 143. After Action Review. Strategic Partnership for IHR and Health Security (SPH). Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://extranet.who.int/sph/after-action-review>.
 144. Country preparedness plans on zoonotic influenza. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/avian-influenza-humans/country-preparedness-plans-avian-influenza-humans>.
 145. EBO-SURSYS Resources. Paris: World Organisation for Animal Health; 2018. Disponível em: https://rr-africa.oie.int/projects/EBOSURSY_2018/resources.html.
 146. Flu News & Spotlights. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/spotlights/index.htm>.
 147. Simulation exercise (SimEx) overview. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://extranet.who.int/sph/simulation-exercise>.
 148. A practical guide for developing and conducting simulation exercise. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/simex_influenza_preparedness_plans/en/.
 149. Example: Standard Operating Procedure (SOP) for Patient Handoff between a Healthcare Facility and a Transporting Ambulance. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/emergency-services/patient-handoff.html>.
 150. Exemplo: Standard Operating Procedure (SOP) for Air-to-Ground (Air-Ground) Patient Handoff. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/emergency-services/air-ground-patient-handoff.html>.
 151. CDC Pandemic Tools [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pandemic-resources.html>.
 152. Guidelines for safe work practices in human and animal medical diagnostic laboratories. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2012. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6101a1.htm>.
 153. Framework for a Public Health Emergency Operations Centre. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: https://www.who.int/ihr/publications/9789241565134_eng/en/.
 154. Balajee SA, Pasi OG, Etoundi AGM, et al. Sustainable Model for Public Health Emergency Operations Centers for Global Settings. *Emerg Infect Dis.* 2017;23(13):S190–S195. Disponível em: <https://doi.org/doi:10.3201/eid2313.170435>.
 155. National Pandemic Strategy. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/national-strategy/index.html>.
 156. National response framework. Hyattsville: Federal Emergency Management Agency (FEMA); 2020. Disponível em: <https://www.fema.gov/emergency-managers/national-preparedness/frameworks/response#esf>.
 157. Pandemic Influenza Risk Management Guidance 2. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/.
 158. Vaccine storage and handling toolkit. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/storage/toolkit/storage-handling-toolkit.pdf>.
 159. Antiviral drug supply. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/supply.htm>.
 160. Vaccine banks [Internet]. Paris: World Organisation for Animal Health; 2018. Disponível em: <https://www.oie.int/solidarity/vaccine-banks/>.
 161. PAHO Revolving Fund [Internet]. Washington DC: Pan American Health Organization; 2020. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1864:paho-revolving-fund&Itemid=4135&lang=en.
 162. GDREP – A planning tool for mass dog vaccination [Internet]. New York: Global Alliance for Rabies Control. Disponível em: <https://rabiesalliance.org/capacity-building/gdrep>.
 163. Open WHO [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://openwho.org/courses>.
 164. Clinical Management of Patients with Viral Haemorrhagic Fever: A Pocket Guide for the Front-line Health Worker. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/csr/resources/publications/clinical-management-patients/en/>.
 165. Crimean-Congo Haemorrhagic Fever: Introduction [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://openwho.org/courses/crimean-congo-haemorrhagic-fever-introduction>.
 166. Lassa fever [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/lassa-fever/>.
 167. Rift Valley fever [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/rift-valley-fever>.
 168. Ebola virus disease: Screening patients [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/index.html>.
 169. Identify, Isolate, Inform: Emergency Department Evaluation and Management for Patients Under Investigation (PUIs) for Ebola Virus Disease [Internet]. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/emergency-services/emergency-departments.html>.

170. Ebola Preparedness: Emergency Department Training Modules [Internet]. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/emergency-services/emergency-department-training.html>.
171. Pandemic Influenza [Internet]. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/index.htm>.
172. Surveillance, Epidemiology and Laboratory [Internet]. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/planning-preparedness/surveillance-epidemiology-laboratory.html>.
173. Qualls N, Levitt A, Kanade N, et al. Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza – United States, 2017. *MMWR Recomm Rep*. 2017;66(No. RR-1):1–34. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6601a1>.
174. Influenza Training [Internet]. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 2013. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/training/index.htm>.
175. Global Laboratory Leadership Programme [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/ihr/lyon/global-laboratory-leadership-programme/en/>.
176. AFENET. African Case Studies in Public Health. *Pan African Medical Journal*. Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/series/27/1/>.
177. EMPHINET. Case Studies for Public Health in the Eastern Mediterranean Region – 2019. *Pan African Medical Journal*. Disponível em: https://www.panafrican-med-journal.com/content/series/33/1/?fbclid=IwAR3P1QZiZrLa_mHIC0L0-cDzJemHGnWvSfel3KTjGFj1nefzB6qU0u49Wo-E.
178. Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network (TEPHINET) case studies. Decatur: Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network. Disponível em: <https://www.tephinet.org/case-studies>.
179. Technical Workshop on Curriculum Development for Field Epidemiology Training Programmes for Veterinarians (FETPV). Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2018. Disponível em: http://www.fao.org/ag/againfo/programmes/en/empres/news_260718.html.
180. Africa One Health University Network (AFROHUN) [Internet]. Disponível em: <https://afrohun.org/>.
181. Ohio State completes collection of online Global One Health courses. Ohio State University; 2019. Disponível em: <https://odee.osu.edu/news/2019/07/16/ohio-state-completes-collection-online-global-one-health-courses>.
182. Togami E, Gardy JL, Rizzo DM, Wilson ME, K Mazet JA. Core Competencies in One Health Education: What Are We Missing? Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. Disponível em: <https://doi.org/10.31478/201806a>.
183. IHR implementation at the human-animal-environment interface (HAE) [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://extranet.who.int/hslp/?q=build-your-course/modules/ihr-implementation-human-animal-environment-interface-hae>.
184. EBO-SURSYS Resources. Paris: World Organisation for Animal Health; 2018. Disponível em: https://rr-africa.oie.int/projects/EBOSURSY_2018/resources.html.
185. Guidance for Collection, Transport and Submission of Specimens for Ebola Virus Testing. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/laboratory-personnel/specimens.html>.
186. Ebola Personal Protective Equipment (PPE) Guidance. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/healthcare-us/ppe/index.html>.
187. Electronic Integrated Disease Surveillance and Response (eIDSR) [Internet]. Kano: eHealth Africa; 2017. Disponível em: <https://www.ehealthafrica.org/eidsr>.
188. Hattendorf J, Bardosh KL, Zinsstag J. One Health and its practical implications for surveillance of endemic zoonotic diseases in resource limited settings. *Acta Trop*. 2017;165:268–73. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27769875>.
189. Falzon LC, Alumasa L, Amany F, Kang'ethe E, Kariuki S, Momanyi K, et al. One Health in Action: Operational Aspects of an Integrated Surveillance System for Zoonoses in Western Kenya. *Front Vet Sci*. 2019;6:252. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fvets.2019.00252/full>.
190. Meidenbauer KL. Animal Surveillance: Use of Animal Health Data to Improve Global Disease Surveillance. *Online J Public Health Inform*. 2017;9(1). Disponível em: <http://journals.uic.edu/ojs/index.php/ojphi/article/view/7737>.
191. Event-based Surveillance [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/gddopscenter/how.html>.
192. Taboy CH, Chapman W, Albetkova A, Kennedy S, Rayfield MA. Integrated Disease Investigations and Surveillance planning: a systems approach to strengthening national surveillance and detection of events of public health importance in support of the International Health Regulations. *BMC Public Health*. 2010;10(Suppl 1):S6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21143828>.
193. Belay ED, Kile JC, Hall AJ, Barton-Behravesh C, Parsons MB, Salyer S, et al. Zoonotic disease programs for enhancing global health security. *Emerg Infect Dis*. 2017;23(13). Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/13/17-0544_article.
194. Kirk M. Foodborne surveillance needs in Australia: harmonisation of molecular laboratory testing and sharing data from human, animal, and food sources. *N S W Public Health Bull*.;15(1–2):13–7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15064779>.
195. Staged Tool for the Elimination of Brucellosis (STEB). Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2019. Disponível em: <http://www.fao.org/europe/events/detail-events/en/c/1238636/>.
196. IHR core capacity monitoring framework: Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84933/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?sequence=1.

197. Franka R, Wallace R. Rabies diagnosis and surveillance in animals in the era of rabies elimination. *Rev Sci Tech l'OIE*. 2018;37(2):359–70. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30747142>.
198. FAO, OIE and WHO issue joint statement on rabies [Internet]. *The Veterinary record*. 2013;173:279. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24077133>.
199. Cliquet F, Freuling C, Smreczak M, Van der Poel W, Horton D, Fooks A, et al. Development of harmonised schemes for monitoring and reporting of rabies in animals in the European Union. *EFSA Support Publ*. 2010;7(7). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.2903/sp.efsa.2010.EN-67>.
200. Rabies (infection with rabies virus and other lyssaviruses). Em: *Manual of Diagnostic Tests and Vaccines for Terrestrial Animals*. Paris: World Organisation for Animal Health; 2018. Disponível em: <http://www.oie.int/standard-setting/terrestrial-manual/access-online/>.
201. Banyard AC, Horton DL, Freuling C, Müller T, Fooks AR. Control and prevention of canine rabies: the need for building laboratory-based surveillance capacity. *Antiviral Res*. 2013;98(3):357–64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23603498>.
202. Dean DJ, Abelseth MK. Laboratory techniques in rabies: the fluorescent antibody test. *Monogr Ser World Health Organ*. 1973;(23):73–84. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4219510>.
203. Goldwasser RA, Kissling RE. Fluorescent Antibody Staining of Street and Fixed Rabies Virus Antigens. *Exp Biol Med*. 1958;98(2):219–23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13554598>.
204. Dürr S, Naïssengar S, Mindekem R, Diguimbye C, Niezgodá M, Kuzmin I, et al. Rabies Diagnosis for Developing Countries. Cleaveland S, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 2008;2(3):e206. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0000206>.
205. Wadhwa A, Wilkins K, Gao J, Condori Condori RE, Gigante CM, Zhao H, et al. A Pan-Lyssavirus Taqman Real-Time RT-PCR Assay for the Detection of Highly Variable Rabies virus and Other Lyssaviruses. Kading RC, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11(1):e0005258. Disponível em: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0005258>.
206. Coetzer A, Kidane AH, Bekele M, Hundera AD, Pieracci EG, Shiferaw ML, et al. The SARE tool for rabies control: Current experience in Ethiopia. *Antiviral Res*. 2016;135:74–80. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166354216304442?via%3Dihub>.
207. Undurraga EA, Blanton JD, Thumbi SM, Mwatondo A, Muturi M, Wallace RM. Tool for Eliminating Dog-Mediated Human Rabies through Mass Dog Vaccination Campaigns. *Emerg Infect Dis*. 2017;23(12):2114–6. Disponível em: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/12/17-1148_article.htm.
208. Viral hemorrhagic fevers [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/index.html>.
209. Pigott DM, Deshpande A, Letourneau I, Morozoff C, Reiner RC, Kraemer MUG, et al. Local, national, and regional viral haemorrhagic fever pandemic potential in Africa: a multistage analysis. *Lancet*. 2017;390(10113):2662–72.
210. Shoemaker TR, Balinandi S, Tumusiime A, Nyakarahuka L, Lutwama J, Mbidde E, et al. Impact of enhanced viral haemorrhagic fever surveillance on outbreak detection and response in Uganda. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(4):373–5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29582758>.
211. Bonney JHK, Osei-Kwasi M, Adiku TK, Barnor JS, Amesiya R, Kubio C, et al. Hospital-Based Surveillance for Viral Hemorrhagic Fevers and Hepatitides in Ghana. Kasper M, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013;7(9):e2435. Disponível em: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0002435>.
212. Montoya-Ruiz C, Rodas JD. Epidemiological Surveillance of Viral Hemorrhagic Fevers With Emphasis on Clinical Virology. In *Humana Press*, New York, NY; 2018. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4939-6981-4_4.
213. Annexes on surveillance and epidemiology. Em: *Technical guidelines for integrated disease surveillance and response (IDSR) in the African Region*. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa. Disponível em: <https://www.afro.who.int/publications/technical-guidelines-integrated-disease-surveillance-and-response-african-region-third>.
214. Laboratory biosafety manual Third edition [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponível em: <https://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/Biosafety7.pdf?ua=1>.
215. Racsá LD, Kraft CS, Olinger GG, Hensley LE. Viral Hemorrhagic Fever Diagnostics. *Clin Infect Dis*. 2016;62(2):214–9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26354968>.
216. Viral haemorrhagic fevers preparedness and response plan. Abuja: Nigeria Centre For Disease Control; 2017. Disponível em: https://www.ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/24_1502192155.pdf.
217. Influenza planning and response [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/pandemic-preparedness.htm>.
218. National Pandemic Influenza Plans [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/planning-preparedness/national-strategy-planning.html>.
219. Pandemic Influenza Plan. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pdf/pan-flu-report-2017v2.pdf>.
220. Planning and Preparedness Resources [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/planning-preparedness/index.html>.
221. Communication and Public Outreach [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/planning-preparedness/communication-public-outreach.html>.
222. Healthcare System Preparedness and Response [Internet]. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/planning-preparedness/healthcare-preparedness-response.html>.
223. Framework for Development of National Public Health Institutes in Africa. Addis Ababa: Africa Centres for Disease Control and Prevention; 2019. Disponível em: <https://africacdc.org/download/framework-for-development-of-national-public-health-institutes-in-africa/>.

