

Relatório técnico

REVISÃO PÓS AÇÃO DA EPIDEMIA ZIKA EM CABO VERDE

25 de Fevereiro – 1 de Março 2019

Praia



SUMÁRIO EXECUTIVO

O Ministério da Saúde de Cabo Verde declarou oficialmente a epidemia por vírus Zika a 2 de Novembro de 2015, tornando-se no primeiro país africano a registar uma epidemia por este vírus. Os primeiros casos suspeitos da infeção ocorreram no início de Setembro de 2015 e no dia 20 do mesmo mês o Hospital Dr Agostinho Neto, na Cidade da Praia, alertou o Serviço de Vigilância Integrada e Resposta às Epidemias (SVIRE) do Ministério da Saúde para uma ocorrência anormal de casos de “Rash cutâneo com prurido”, associado ou não a febre baixa, de evolução aparentemente benigna.

De acordo com as normas do Regulamento Sanitário Internacional (2005), a ocorrência foi comunicada pelo ponto focal RSI à OMS a 19 de Outubro de 2015.

A confirmação laboratorial foi comunicada à OMS pelo Instituto Pasteur de Dakar a 01 de Novembro de 2015.

Este evento acabou por despoletar uma série de atividades de resposta, nomeadamente a elaboração de normas de vigilância epidemiológica para a epidemia, a reativação e o reforço do laboratório de virologia do Ministério da Saúde e organização dos serviços que prestam cuidados de saúde reprodutiva para o diagnóstico e seguimento dos casos de microcefalia, além do reforço da luta antivetorial.

A investigação posterior revelou as características genéticas do vírus Zika circulante, sendo semelhante à estirpe asiática. Este facto fez com que a epidemia fosse relacionada com a que ocorreu no Brasil, dadas as ligações aéreas e marítimas frequentes com as cidades brasileiras afetadas pela epidemia.

Desde os primeiros casos até setembro de 2016 foram notificados 7613 casos de entre confirmados e suspeitos, com a transmissão a ocorrer nas ilhas de Santiago, Fogo, Maio e Boa Vista. Nas outras ilhas do norte do país, apesar da existência do vetor, não houve transmissão local, semelhante ao que tinha acontecido durante primeira a epidemia de dengue em 2009.

A notificação de casos suspeitos teve uma diminuição significativa a partir da semana epidemiológica 53 do ano 2015, mantendo essa tendência até a semana 10 do ano 2016, seguindo-se um período de notificação de casos esporádicos.

Em fevereiro de 2016, a OMS declarou a microcefalia por vírus Zika como uma Emergência De Saúde Pública de Importância Internacional.

De 25 de Março a 06 de Abril 2016, no quadro do Regulamento Sanitário Internacional (2005), uma equipa de peritos da OMS deslocou-se ao país para, durante uma semana, apoiar na elaboração de um plano de preparação e resposta à epidemia por vírus Zika e suas consequências, especialmente em relação aos casos de microcefalia. O Plano foi submetido aos parceiros para pedido de financiamento e o Banco Africano para o Desenvolvimento (BAD) acabou por financia-lo.

O fim da epidemia foi declarado em outubro de 2016, após duas semanas sem a notificação de casos suspeitos de Zika.

No âmbito do Quadro de Monitorização e Avaliação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), os países são recomendados a realizar uma Revisão Após Ação (RAA), que consiste na revisão a posteriori de um grande evento de saúde pública, com a finalidade de identificar as melhores práticas e desafios encontrados durante a resposta, o que servirá de base para o desenvolvimento da capacidade de preparação, deteção e resposta a possíveis eventos futuros de saúde pública.

No contexto do fim da implementação do Plano, uma revisão após ação da resposta à epidemia por vírus Zika foi organizado de 25 de Fevereiro até 1 de Março de 2019 no Hotel Oásis Atlântico Praiamar, cidade da Praia, Cabo Verde, com apoio da OMS e parceiros. O atelier contou com a participação de cerca de 70 pessoas e foi adotada uma abordagem qualitativa e participativa com a utilização das ferramentas padronizadas da OMS (Guia da OMS para a Condução de uma Revisão Pós-Ação, Manual do Participante e do Facilitador).

Os participantes foram divididos em grupos de trabalho, alternando com sessões plenárias de restituição, incluindo apresentações sobre as diferentes sessões da revisão.

No total, cinco grupos foram formados, de acordo com os seguintes pilares que seriam analisados:

- 1. Coordenação**
- 2. Vigilância e Laboratório**
- 3. Gestão de casos**
- 4. Luta Antivectorial**
- 5. Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário**

Os resultados das discussões permitiram identificar as **boas práticas**, como por exemplo:

Coordenação

1. Boa articulação entre os serviços locais e centrais
2. Eficiência do SVIRE

Vigilância e Laboratório

3. Sistema de notificação diária dos casos através de um formulário específico
4. Elaboração do boletim informativo semanal da epidemia por vírus Zika
5. Recrutamento de técnicos para reforço do laboratório de virologia

Gestão de casos

6. Formação sobre a gestão dos casos de infeção por vírus Zika logo após a confirmação da causa da epidemia
7. Normatização de conduta para o seguimento de crianças e grávidas expostas
8. Reforço médico nas urgências

Luta antivetorial

9. Reforço da campanha de pulverização intradomiciliar
10. Reforço do número de agentes de LAV

Ações de comunicação e sensibilização

11. Elaboração de materiais IEC direcionados a diferentes grupos populacionais sobre a doença e a participação de técnicos de saúde em programas de televisão e de rádio para informação
12. Realização de intervenções comunitárias de esclarecimento sobre a doença

Da mesma forma, alguns **desafios** foram identificados, nomeadamente:

Coordenação

1. Risco de doenças emergentes em Cabo Verde
2. Insuficiência de recursos humanos e materiais

Vigilância e Laboratório

3. Deficiente coordenação entre os parceiros para o envio das amostras
4. Ausência duma plataforma eletrónica do Sistema de Informação Sanitária
5. Preenchimento deficitário das fichas para o laboratório

Gestão de casos

6. Acesso limitado à prestação multidisciplinar de cuidados às grávidas e aos bebés expostos devido à insularidade do país
7. Atraso na disponibilização dos testes serológicos para todas as grávidas

Luta antivetorial

8. Planeamento ineficaz das necessidades
9. Gestão e coordenação deficitária

Ações de comunicação e sensibilização

10. Desinformação da população através das redes sociais
11. Sensibilização nas zonas rurais

No final do atelier, um total de 53 recomendações foram formuladas para reforçar a capacidade de preparação e resposta à epidemia de Zika e outras arboviroses.

Dentre estas recomendações, as dez seguintes foram consideradas prioritárias pelos participantes:

COORDENAÇÃO

1. Disponibilizar vagas para especialização de profissionais em áreas específicas como Epidemiologia, Entomologia, Saúde Pública, Infeciologia, Neonatologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia;
2. Elaborar um manual de boas práticas e orientações para seguimento dos pacientes com microcefalia por Zika.

VIGILÂNCIA E LABORATÓRIO

3. Disponibilizar condições para o adequado funcionamento do Laboratório de Virologia
4. Estabelecer protocolos com as companhias aéreas para transporte das amostras

GESTÃO DE CASOS

5. Garantir a assistência multidisciplinar uma vez por mês em cada concelho/ilha
6. Elaboração de um plano de formação para profissionais de saúde em relação à deteção de situações anormais e a comunicação

LUTA ANTIVETORIAL

7. Reforçar e capacitar os agentes de luta anti-vetorial
8. Reforçar e supervisionar as condições de Luta anti larvar (LAL)

AÇÕES DE COMUNICAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO

9. Elaborar um plano geral de comunicação de risco
10. Elaborar um plano de gestão de recursos humanos para atividades de mobilização social e comunicação

Cronologia

DATAS CHAVES	DEFINIÇÕES	DATAS
Data do início da epidemia ou do evento	<i>Data do aparecimento dos sintomas no caso primário ou o primeiro caso com ligação epidemiológica</i>	01/09/15
Data da deteção da epidemia ou do evento	<i>Data em que a epidemia ou evento ligado à doença é registado pela primeira vez por uma fonte ou num sistema</i>	20/09/15
Data da notificação da epidemia ou do evento	<i>Data em que a epidemia é notificada pela primeira vez a uma autoridade de saúde pública</i>	20/09/15
Data de verificação da epidemia ou evento	<i>Primeira data de verificação da epidemia por um dispositivo de verificação confiável</i>	08/10/15
Data da confirmação laboratorial (se houve para a epidemia ou evento)	<i>Primeira data de confirmação no laboratório ou por ligação epidemiológica</i>	30/10/15
Data da intervenção relacionada com o surto ou evento	<i>Data da primeira intervenção de saúde pública contra a epidemia</i>	08/10/2015
Data de comunicação ao público	<i>Data da primeira divulgação pública oficial da informação pela autoridade responsável</i>	20/10/2015 (02/11/2015)
Data do fim (declarado) da epidemia ou evento	<i>Data em que as autoridades competentes declaram que a epidemia terminou</i>	15/10/2016

Período de início da epidemia ou evento segundo a revisão após-ação	01/09/15
Período de fim do surto ou evento segundo a revisão após-ação	15/10/2016

TABELA DE CONTEÚDOS

SIGLAS E ABREVIACÕES	8
LISTA DE QUADROS	9
LISTA DES FIGURAS	10
LISTA DE GRAFICOS	10
CONTEXTO DA REVISÃO APÓS AÇÃO	11
ÂMBITO E OBJETIVO DA REVISÃO	16
MÉTODOS	16
SESSÃO 1 – “IDENTIFICAÇÃO DO QUE ESTAVA EM VIGOR ANTES DA RESPOSTA” ...	18
SESSÃO 2 – “O QUE ACONTECEU DURANTE A RESPOSTA?”	19
SESSÃO 3 – “O QUE CORREU BEM? O QUE DEU ERRADO? POR QUÊ?”	20
SESSÃO 4 – “O QUE PODEMOS FAZER PARA MELHORAR A RESPOSTA DA PRÓXIMA VEZ?”	20
SESSÃO 5 – “PERSPETIVAS FUTURAS”	21
RESULTADOS	23
CRONOLOGIA.....	23
PILAR 1 - COORDENAÇÃO.....	24
PILAR 2 - VIGILÂNCIA E LABORATÓRIO.....	29
PILAR 3 - GESTÃO DE CASOS	35
PILAR 4 – LUTA ANTIVETORIAL	40
PILAR 5 – COMUNICAÇÃO, MOBILIZAÇÃO SOCIAL E ENGAJAMENTO COMUNITÁRIO	45
RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DAS CAPACIDADES CENTRAIS DO RSI (2005) DURANTE A RESPOSTA	51
ATIVIDADES-CHAVE	55
PRÓXIMOS PASSOS E CONCLUSÕES	59
ANEXOS	60
ANEXO 1:DISTRIBUIÇÃO DE PARTICIPANTES POR GRUPO.....	61
ANEXO 2: AGENDA	65
ANEXO 3: AVALIAÇÃO DO ATELIER PELOS PARTICIPANTES	70

SIGLAS E ABREVIATURAS

BAD – Banco Africano de Desenvolvimento
BUA – Banco de Urgências de Adultos
DSP – Delegacia de Saúde da Praia
ELISA – Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
HAN – Hospital Dr. Agostinho Neto
IEC – Informação, Educação e Comunicação
IgM – Imunoglobulina M
IPD – Instituto Pasteur de Dakar
LAL – Luta Anti-larvar
LAV – Luta Anti-vetorial
LIV – Luta Intergada de Vetores
MS – Ministério de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCR – Reação em cadeia de polimerase
PID – Pulverização intradomiciliar
RAA – Revisão após ação
RNL – Rede Nacional de Laboratórios
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SVIRE – Serviço de Vigilância Integrada e Resposta às Epidemias

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Facilitadores e relatores por função durante a RAA, em relação à epidemia de Zika em Cabo Verde

Quadro 2 – Cronograma e principais datas de marcos da resposta

Quadro 3 - O que estava em vigor antes da resposta: coordenação

Quadro 4 - Cronologia dos eventos e atividades de coordenação durante a resposta

Quadro 5 - Melhores práticas, impactos e fatores facilitadores durante a resposta:
Coordenação

Quadro 6 - Desafios em resposta: coordenação

Quadro 7 - O que estava em vigor antes da resposta: VIGILÂNCIA E LABORATÓRIO

Quadro 8 - Cronologia de eventos e atividades de vigilância e laboratório durante a resposta

Quadro 9 - Melhores Práticas, Impactos e Facilitadores durante a Resposta: Vigilância e Laboratório

Quadro 10 - Desafios em resposta: vigilância e laboratórios

Quadro 11 - O que existia antes da resposta: GESTÃO DE CASOS

Quadro 12 - Cronologia de eventos e atividades de gestão de casos durante a resposta

Quadro 13 – Melhores práticas, impactos e fatores facilitadores durante a resposta : gestão de casos

Quadro 14 - Desafios na resposta: gestão de casos

Quadro 15 - O que estava em vigor antes da resposta LUTA ANTIVETORIAL

Quadro 16 - Cronologia dos eventos e atividades anti-vetorial durante a resposta

Quadro 17- Melhores práticas, impactos e fatores facilitadores durante a resposta : luta anti vetorial

Quadro 18 - Desafios da luta antivetorial

Quadro 19 - O que existia antes da resposta na área da Comunicação, Mobilização e Engajamento Comunitário

Quadro 20 - Cronologia dos eventos e atividades da Comunicação. Mobilização Social e Engajamento Comunitário durante a resposta

Quadro 21 – Melhores práticas, impactos e fatores facilitadores durante a resposta : Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário

Quadro 22 - Desafios em resposta na área Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário

LISTA DAS FIGURAS

Figura 1 - Primeira sessão clínica sobre Zika por videoconferência com as estruturas de saúde, a partir do Hospital Dr. Agostinho Neto, Praia – 03 de novembro de 2015

Figura 2 – Análise comparativa dos resultados dos estudos realizados sobre a população do *A. aegypti* em Cabo Verde nos anos 2010 e 2015

Figura 3 – Trabalhos realizados durante a sessão 1

Figura 4 – Trabalho de Grupo: cronologia dos eventos-chave e das atividades que ocorreram durante a epidemia

Figuras 5 e 6 - Trabalho de grupo feito para identificar as boas práticas, impactos e fatores facilitadores

Figura 7 – Trabalho de grupo para definir o nível de impacto e nível de dificuldade de implementação

Figura 8 – Exemplo de resultado do trabalho de grupo para definir o nível de impacto e o nível de dificuldade de implementação

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Total cumulativo dos casos suspeitos de infecção por vírus Zika notificados por Concelho, Semana 41 de 2015 a Semana 23 de 2016

Gráfico 2 – Evolução da epidemia de Zika em Cabo Verde, por Concelho, até a semana 28 de 2016

Gráfico 3 – Distribuição mensal das crianças nascidas em Cabo Verde com microcefalia e provável ligação ao vírus Zika, Ano 2016.

CONTEXTO DA REVISÃO PÓS AÇÃO

A República de Cabo Verde tornou-se no primeiro país africano a enfrentar uma epidemia por vírus Zika, que decorreu entre os anos 2015 e 2016.

A 20 de setembro de 2015, o Serviço de Urgências de Adultos (BUA) do Hospital Dr. Agostinho Neto (HAN) na cidade da Praia, capital do país, notificou ao Serviço de Vigilância Integrada e Resposta às Epidemias (SVIRE) a ocorrência anormal e repentina de casos de “rash cutâneo com prurido” maioritariamente em adultos do sexo feminino que moravam em vários bairros da cidade. A maioria dos casos não apresentava febre e em alguns havia relato de febrícula. Outros sintomas frequentes associados foram cefaleia, dor ocular e artralgia ligeira. Para além disso, a evolução da doença apresentava-se sem complicações maiores, até o momento.

Estas informações levaram com que, inicialmente, fosse colocada a hipótese de um evento alérgico, mas que imediatamente foi refutado pelo SVIRE, considerando a época do ano, a perceção, depois confirmada, do aumento da densidade de mosquitos na cidade da Praia, as epidemias de Zika, Chicungunha e Dengue que, em simultâneo, ocorriam no Brasil, as ligações aéreas regulares entre a Praia e algumas das capitais de estados nordestinos brasileiros onde estas epidemias estavam em curso com maior evidência e a experiência adquirida durante a epidemia de dengue que aconteceu em Cabo Verde entre os anos de 2009 e 2010 na mesma altura do ano.

Considerando ainda os sintomas e sinais mais frequentes apresentados pelos casos suspeitos, o SVIRE ousou mesmo em colocar a hipótese de uma epidemia por vírus Zika, a 8 de outubro de 2015, antes mesmo do envio de amostras para a confirmação laboratorial no Instituto Pasteur de Dakar (IPD), tendo em consideração a semelhança do quadro clínico com os casos registados no Brasil, que tinham sido notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS), no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005).

De seguida, em meados de outubro de 2015, o SVIRE notificou o evento à OMS, seguindo as normas do RSI (2005) e, simultaneamente, orientou ao HAN que procedesse à colheita de amostras de sangue dos casos suspeitos, com o apoio da Rede Nacional de Laboratórios (RNL), para envio ao IPD para confirmação laboratorial de uma possível infeção viral.

Atenção: A comunicação sobre o aumento dos casos de rash cutâneo na Praia, foi comunicado pelo ponto focal RSI à OMS a 19 de Outubro de 2015 (cópia email em anexo).

A 20 de outubro de 2015, o Ministério da Saúde realizou uma conferência de imprensa informando da ocorrência desta situação anormal de saúde e as medidas que estavam em curso para o esclarecimento da sua causa, aproveitando também para pedir à população que reforçasse as medidas de prevenção em relação às doenças transmitidas por mosquitos.

As amostras foram enviadas ao IPD no dia 22 de Outubro e no dia 30 de Outubro o IPD comunicou os resultados preliminares, que indicavam infeção recente por vírus Zika.

No dia 01 de novembro de 2015, o IPD comunicou os resultados definitivos da pesquisa de arboviroses, confirmando a infeção por vírus Zika em 17 das amostras enviadas. Os testes para Dengue, Chicungunha, febre do vale do Rift, febre do Nilo Ocidental e febre amarela revelaram-se negativos tanto em PCR como ELISA IgM. Estes resultados vieram corroborar a hipótese colocada pelo SVIRE, indicando um alto nível de competência técnica nesta matéria.

A 2 de novembro de 2015, o país declarou oficialmente a ocorrência da epidemia de Zika e no dia seguinte, o SVIRE organizou a primeira sessão clínica sobre Zika, em colaboração com o HAN e o Serviço Nacional de Telemedicina, permitindo a sua difusão a todas as delegacias de saúde em simultâneo.

Figura 1: Primeira sessão clínica sobre Zika por videoconferência para as estruturas públicas de saúde, a partir do Hospital Dr. Agostinho Neto, Praia – 03 de novembro de 2015



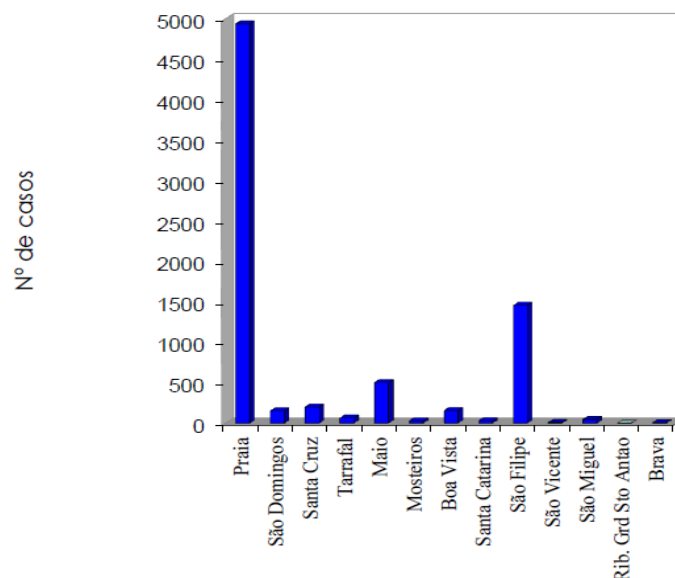
Fonte: Evolução da epidemia de Zika em Cabo Verde - SVIRE/DNS/MS 2015/16.

In: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/381-evolucao-da-epidemia-de-zika-cabo-verde-2015-2016mariadelourdes/file>

Ainda durante a primeira semana de novembro o SVIRE elaborou e enviou as normas de vigilância epidemiológica específicas para este evento, incluindo a ficha de investigação individual desses casos.

Em relação à distribuição geográfica da epidemia por vírus Zika no país, o maior número de casos suspeitos foi verificado nas ilhas de Santiago (concelho da Praia), Fogo (concelho de S. Filipe) e Maio, que também foram as mais afetadas durante a primeira epidemia de Dengue em Cabo Verde, seis anos antes.

Gráfico 1 - Total cumulativo dos casos suspeitos de infeção por vírus Zika notificados por Concelho, Semana 41 de 2015 a Semana 23 de 2016

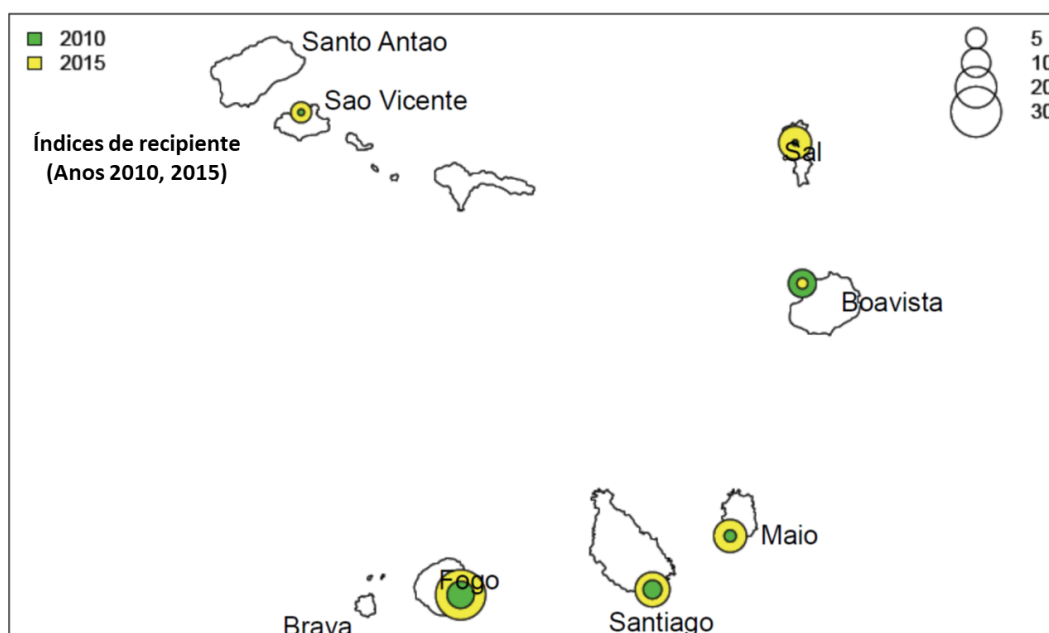


Fonte: Formulários de notificação semanal, SVIRE/DNS/MSSS

A ilha da Boa Vista, a única do grupo Barlavento com transmissão local da infeção por vírus Zika, seria a quarta mais afetada.

É importante realçar que uma análise comparativa da atividade do mosquito *Aedes aegypti* em Cabo Verde realizada com os resultados de estudos feitos nos anos 2010 e 2015 revelou que havia um aumento dos valores dos índices de recipiente em 2015 nas ilhas mais afetadas, quando comparado com os do ano 2010, conforme a figura abaixo.

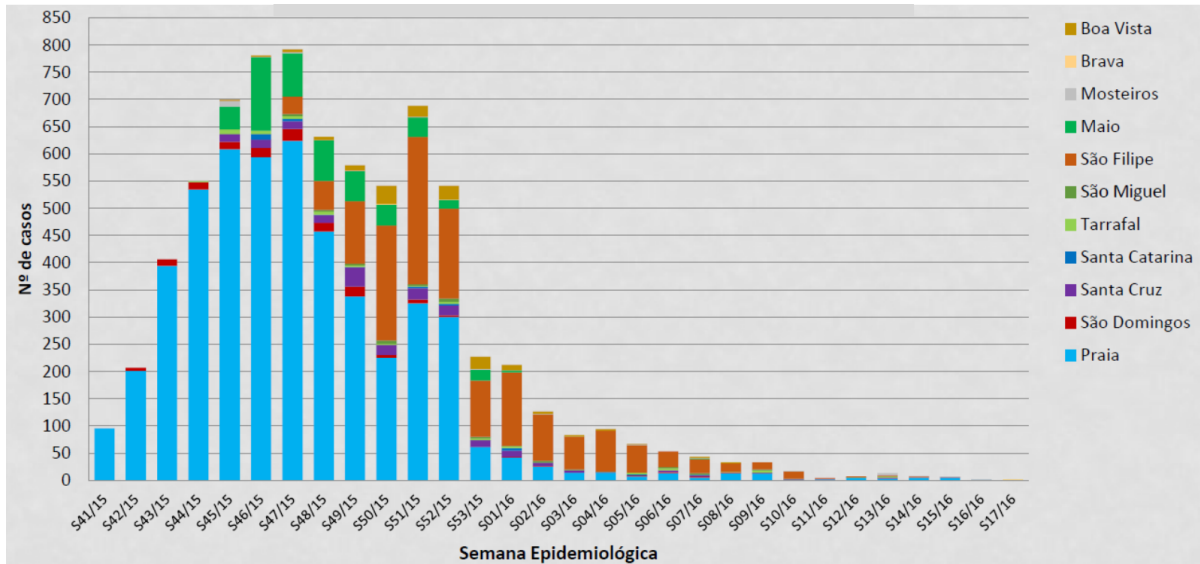
Figura 2 – Análise comparativa dos resultados dos estudos realizados sobre a população do *A. aegypti* em Cabo Verde nos anos 2010 e 2015



Fonte: Evolução da epidemia de Zika em Cabo Verde-SVIRE/DNS/MS 2015/16.

Desde os primeiros casos até Setembro de 2016 foram notificados 7613 casos de entre confirmados e suspeitos, com a transmissão a continuar a ocorrer nas ilhas de Santiago, Fogo, Maio e Boa Vista.

Gráfico 2 – Evolução da epidemia de Zika em Cabo Verde, por Concelho, até a semana 28 de 2016



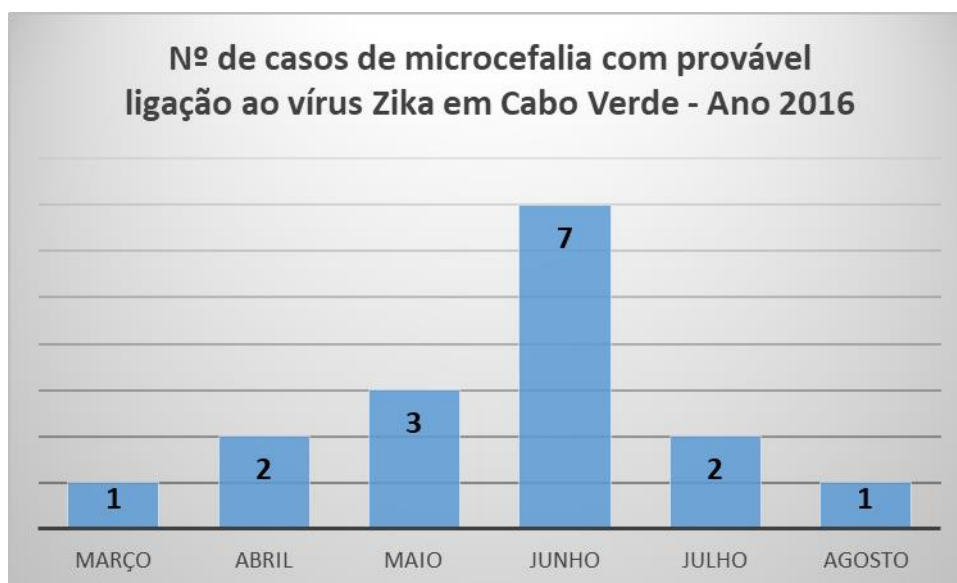
Fonte: Formulários de notificação semanal, SVIRE/DNS/MSSS

A partir de Abril de 2016 houve uma diminuição significativa da notificação de casos suspeitos, que manteve-se progressivamente até a última semana de março do mesmo ano, quando passou a haver a notificação de casos suspeitos esporádicos, conforme se pode verificar no gráfico acima.

Ainda em janeiro, foi realizada a primeira sessão clínica sobre microcefalia e medição do perímetro cefálico no HAN, com transmissão em simultâneo para todas as delegacias de saúde e hospitais do país, com o apoio do Serviço Nacional de Telemedicina. Esta atividade foi realizada com o objetivo de formar os médicos e enfermeiros para que pudessem identificar casos de microcefalia em crianças que iriam nascer a partir de então, considerando a data de deteção dos primeiros casos de infeção por vírus Zika. Neste contexto, esta medida foi considerada uma forma de fazer a vigilância do surgimento de casos de microcefalia associada à infeção por vírus Zika.

A 14 de março de 2016 nasceu a primeira criança exposta com microcefalia no HAN. Em abril do mesmo ano, nasceu no HAN a primeira criança exposta com microcefalia da ilha do Maio e na ilha do Fogo a primeira criança com microcefalia nasceu a cerca de dois meses depois, a 20 de junho. Se analisarmos o gráfico da evolução da epidemia por concelhos, verificamos que o momento do nascimento destas crianças respeita a evolução da epidemia em cada um desses concelhos mais afetados. A última criança exposta com microcefalia nasceu a 4 de agosto do mesmo ano, no Hospital São Francisco de Assis, no Fogo.

Gráfico 3 – Distribuição mensal das crianças nascidas em Cabo Verde com microcefalia e provável ligação ao vírus Zika, Ano 2016.



Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – 2016

Em fevereiro de 2016, a OMS declarou a microcefalia por vírus Zika como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Neste mesmo mês, notícias davam conta de que a inclusão de Cabo Verde na lista dos países com epidemia por vírus Zika estava a ter impacto no mercado turístico, e conseqüentemente na economia do país, com algumas agências a registarem cancelamento de reservas.

Neste contexto, em finais de Março de 2016, no quadro do RSI (2005), uma equipa de peritos da OMS deslocou-se ao país para, durante uma semana, apoiar na elaboração de um Plano de Preparação e Resposta à epidemia por vírus Zika e suas conseqüências, especialmente em relação aos casos de microcefalia. De seguida, o Plano foi submetido aos parceiros para pedido de financiamento e o Banco Africano para o Desenvolvimento (BAD) acabou por financia-lo no mesmo ano.

O fim da epidemia foi declarado oficialmente em outubro de 2016, após duas semanas sem a notificação de casos suspeitos de Zika.

ÂMBITO E OBJETIVO DA REVISÃO

No âmbito do Quadro de Monitorização e Avaliação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), os países são recomendados a realizar uma Revisão Após Ação (RAA), que consiste na revisão *a posteriori* de um grande evento de saúde pública, com a finalidade de identificar as melhores práticas e desafios encontrados durante a resposta, o que servirá de base para o desenvolvimento da capacidade de preparação, deteção e resposta a possíveis eventos futuros de saúde pública.

No contexto do fim da implementação do Plano de Preparação e Resposta à epidemia de Zika e outras arboviroses em Cabo Verde, uma Revisão Após Ação (RAA) da resposta à epidemia por vírus Zika foi organizada de 25 de Fevereiro até 1 de Março de 2019 no Hotel Oásis Atlântico Praiamar, cidade da Praia, Cabo Verde, com apoio da OMS, BAD e outros parceiros.

O **objetivo geral** foi contribuir para o reforço das capacidades de preparação, deteção e resposta a emergências de saúde pública e a redução de seus impactos através desta RAA.

Os **objetivos específicos** foram:

- Rever a organização e as ações realizadas a nível nacional, regional e local termos de preparação para epidemias (fase preparatória)
- Descrever as fases cronológicas da epidemia de Zika em Cabo Verde em 2015/2016 e as medidas tomadas durante a resposta;
- Descrever as boas práticas, as lições aprendidas e os desafios observados no âmbito da epidemia de Zika em Cabo Verde;
- Identificar os fatores que explicam os sucessos, mas também os desafios encontrados durante a resposta à epidemia de Zika em Cabo Verde;
- Formular ações concretas para reforçar a capacidade de preparação, deteção e resposta contra epidemias de Zika e outras arboviroses em Cabo Verde.

MÉTODOS

O atelier contou com a participação de cerca de 70 pessoas e foi adotada uma abordagem qualitativa e participativa com a utilização das ferramentas padronizadas da OMS (Guia da OMS para a Condução de uma Revisão Pós-Ação, Manual do Participante e do Facilitador). O Manual do Participante foi distribuído a cada participante e o Manual do Facilitador aos facilitadores, assim como o programa do atelier.

O primeiro dia contou apenas com a participação da equipa da OMS, dos facilitadores e relatores nacionais com o objetivo de preparar as atividades dos dias seguintes. Ficou estabelecido que a primeira apresentação seria o enquadramento da epidemia de Zika em Cabo Verde, feita pelo Coordenador do Programa de Luta contra as Doenças Transmitidas por

Vetores e Ligadas ao Meio Ambiente, seguida da metodologia que seria aplicada durante a RAA.

Os participantes da RAA eram, na sua grande maioria, profissionais do Ministério da Saúde e da Segurança Social como médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, jornalistas, sociólogos, entre outros, provenientes das ilhas e concelhos mais afetados onde ocorreu a transmissão local do vírus Zika.

Foram divididos em grupos de trabalho, intercalando com sessões plenárias de restituição, incluindo apresentações sobre as diferentes sessões da revisão.

Cada grupo tinha um facilitador e um relator para apoiar e registar a realização dos trabalhos, respetivamente.

Quadro 1 - Facilitadores e relatores por função durante a RAA, em relação à epidemia de Zika em Cabo Verde

Pilares	Coordenação	Vigilância e Laboratório	Gestão de casos	Luta anti-vetorial	Comunicação e engajamento da população
Função					
Facilitador	Ulardina Furtado	Ngibo Fernandes	Jorge Barreto	Adilson de Pina	Argentina Tomar
Relator	Jessica Ramos	Alcinda Ramos Fortes	Edna Moniz	Jaelsa Moreira	Osvaldina Brito

Os facilitadores externos presentes na RAA foram:

- Dr. Landry Ndriko MAYIGANE, OMS Siège (Genève)
- Dr. Daniel YOTA, OMS IST-WA
- Ms. Candice VENTE, OMS Siège (Genève)

A Dra. Carolina Leite Gomes, Conselheira Nacional para a Prevenção e Controlo de Doenças (DPC) da OMS em Cabo Verde também participou como facilitadora.

O Dr. António Moreira, Coordenador do Programa Nacional de Luta contra as Doenças Transmitidas por Vetores e Ligadas ao Meio Ambiente participou como coordenador nacional durante os três primeiros dias do Atelier.

No total, cinco grupos foram formados, de acordo com os seguintes pilares que seriam analisados:

- 1. Coordenação**
- 2. Vigilância e Laboratório**
- 3. Gestão de casos**

4. Luta antivetorial

5. Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário

Na metodologia padronizada da RAA da OMS, existem cinco sessões diferentes, porém interdependentes, que são descritas abaixo:

SESSÃO 1 – “IDENTIFICAÇÃO DO QUE ESTAVA EM VIGOR ANTES DA RESPOSTA”

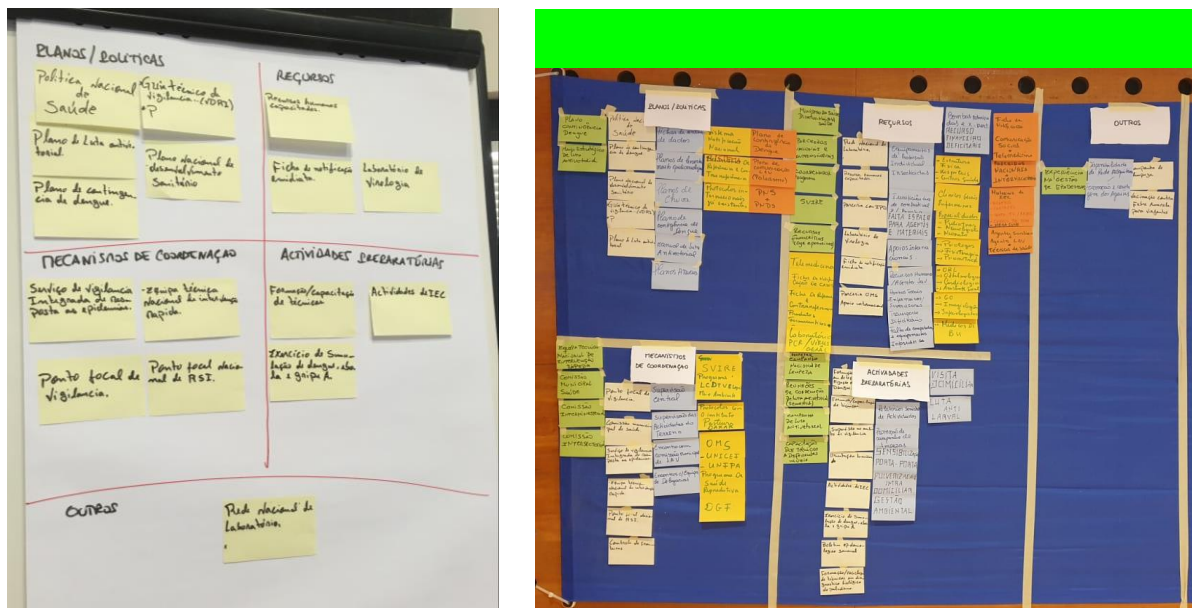
O objetivo desta primeira sessão consiste em estabelecer a linha de base da análise respondendo à pergunta “o que existia antes da resposta?”. Os participantes são divididos em grupos de trabalho, organizados por função e, juntos identificam os planos/políticas, os recursos, os mecanismos de coordenação e as actividades de preparação existentes para uma resposta de emergência. De seguida, os grupos reúnem-se em plenária para partilhar o que identificaram, a fim de destacar as sinergias entre as funções analisadas.

As etapas desta sessão são:

1. Identificar os elementos e/ou as condições que estavam em vigor para a resposta antes da epidemia, de acordo com o pilar a ser examinado pelo grupo. Isso pode incluir planos, políticas, recursos, mecanismos de coordenação, atividades de preparação entre outros;
2. Discutir cada elemento e/ou condição identificado(a) com os outros membros do grupo para garantir um consenso de como esse elemento deve funcionar (não como funcionou durante a resposta)
3. Escrever os elementos e/ou as condições nos cartões da cor correspondente a cada grupo de trabalho e coloque-o na matriz

A análise do existente tem para cada um dos pilares as seguintes funções; planos / políticas, recursos, mecanismos de coordenação, atividades de preparação e outros mecanismos que estavam em vigor antes do surto da epidemia do Zika em Cabo Verde.

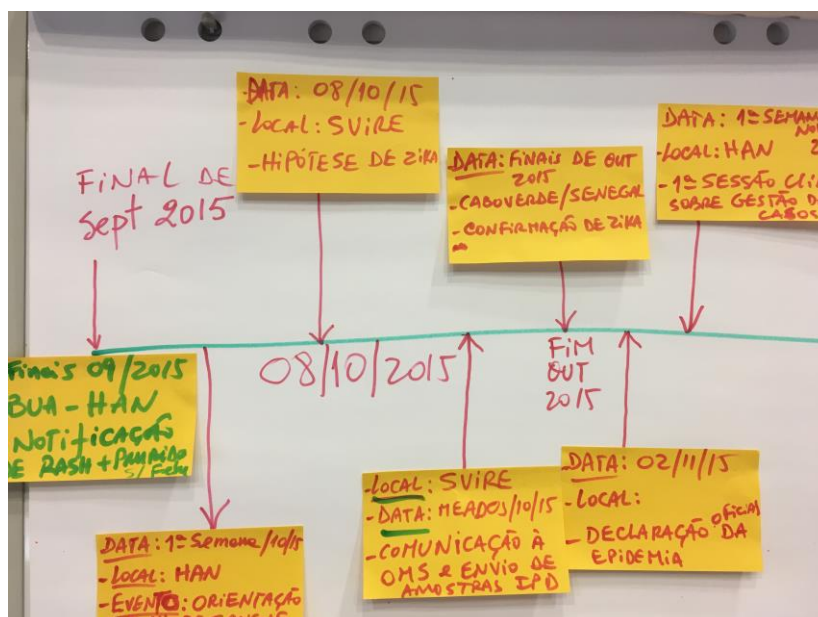
Figura 3 – Trabalhos realizados durante a sessão 1



SESSÃO 2 – “O QUE ACONTECEU DURANTE A RESPOSTA?”

Ao identificar as principais etapas, desafios e atividades, os grupos de trabalho estabelecem um cronograma da resposta. Depois, em plenária, os grupos de trabalho elaboraram uma cronologia completa, discutem e concordam em relação às datas de todos os principais eventos da resposta. O objectivo desta sessão é ter uma visão comum entre os participantes e chegar a um consenso sobre os principais eventos associados à emergência.

Figura 4 – Trabalho de Grupo: cronologia dos eventos-chave e das atividades que ocorreram durante a epidemia



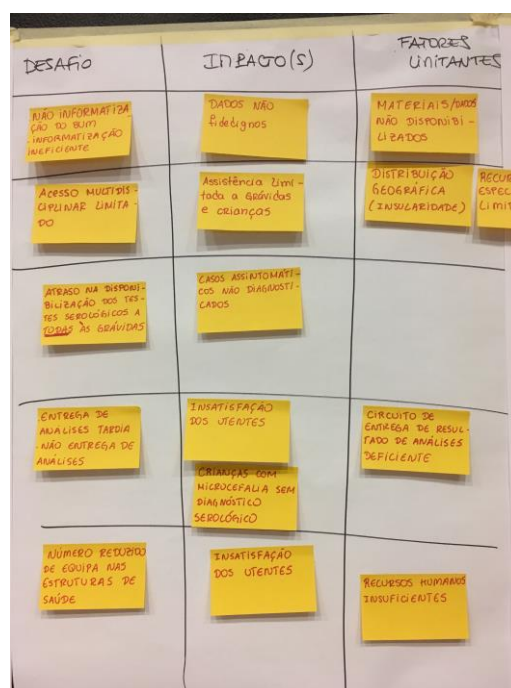
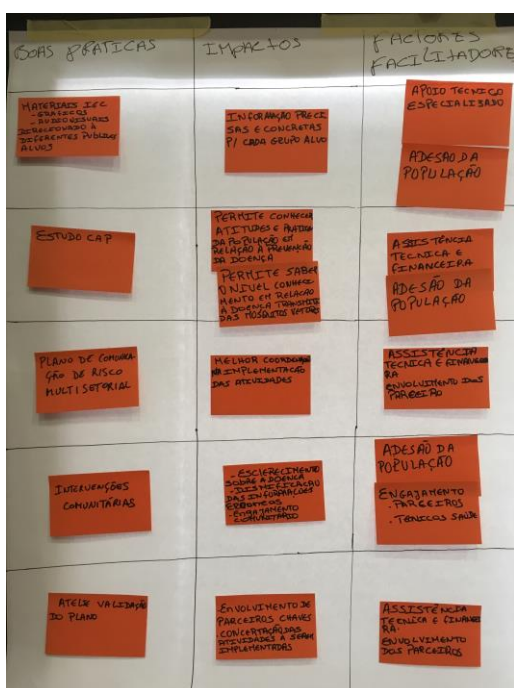
SESSÃO 3 – “O QUE CORREU BEM? O QUE DEU ERRADO? POR QUÊ?”

Com base no que existia antes da resposta (Sessão 1) e o que aconteceu (Sessão 2), os grupos de trabalho começam a aprofundar o que correu bem, o que não correu tão bem, e o motivo.

Durante esta sessão, os grupos de trabalho analisam coletivamente as medidas tomadas para identificar as melhores práticas e desafios durante a resposta, o seu impacto sobre a resposta e os motivos por isso ter acontecido (os fatores facilitadores e limitantes). A discussão incidirá sobre o que aconteceu e porquê, não quem o fez. No final desta sessão, os grupos tiveram a oportunidade de visualizar e adicionar conteúdo a todos os outros grupos de trabalho.

Melhores práticas e desafios para cada pilar, com seus impactos e fatores facilitadores e limitadores foram identificados pelos participantes do RAA.

Figuras 5 e 6 - Trabalho de grupo feito para identificar as boas práticas, impactos e fatores facilitadores



SESSÃO 4 – “O QUE PODEMOS FAZER PARA MELHORAR A RESPOSTA DA PRÓXIMA VEZ?”

Os grupos de trabalho procuram identificar e desenvolver atividades-chaves para abordar as melhores práticas e os desafios encontrados durante a resposta, bem como as suas causas. Cada grupo de trabalho irá identificar não só as actividades, mas também calendarizar a sua execução, os responsáveis, as etapas de execução e os indicadores.

Todos os participantes têm a oportunidade de contribuir para o trabalho dos outros grupos através de um café global para assegurar que as actividades estejam harmonizadas, realistas e exequíveis.

As etapas desta sessão são as seguintes:

1. Usando desafios, melhores práticas e fatores facilitadores, identificar as atividades para enfrentar desafios e institucionalizar as melhores práticas
2. Compilar a folha de atividades fornecida

Posteriormente, os adesivos foram distribuídos aos grupos para definir o nível de impacto para melhorar as capacidades de preparação e resposta a emergências (adesivo azul) e o nível de dificuldade de implementação (adesivo vermelho).

Figura 7 – Trabalho de grupo para definir o nível de impacto e nível de dificuldade de implementação



SESSÃO 5 – “PERSPETIVAS FUTURAS”

Esta sessão dá aos participantes a oportunidade de identificar as atividades prioritárias, entre todas as atividades elencadas na sessão 4.

Cada participante recebe seis (6) adesivos amarelos para identificar as atividades que entende serem prioritárias, podendo colocar até dois das atividades do próprio grupo e não mais do que um por atividade de qualquer grupo.

O porta-voz de cada grupo apresenta as atividades que receberam a maior prioridade na Sessão 5 aos membros do painel que fizeram perguntas para esclarecer e definir melhor as atividades apresentadas.



O próximo passo a sessão final envolverá uma priorização coletiva das atividades identificadas no atelier da RAA através de um processo de votação.

Figura 8: Exemplo de resultado do trabalho de grupo para definir o nível de impacto e o nível de dificuldade de implementação

Finalmente, o grupo irá decidir em conjunto da forma como as atividades identificadas serão implementadas, incluindo as próximas etapas imediatas para assegurar a execução.

Ainda durante este atelier, foi distribuído uma ficha de avaliação das capacidades e indicadores do RSI (2005) para que os participantes respondessem de forma anónima. Esta nova versão foi aplicada como experiencia piloto.

Outros recursos utilizados foram *flipcharts*, adesivos coloridos, fichas de atividades e outros materiais de escritório.

Para melhor percepção dos participantes durante o processo da RAA houve tradução simultânea francês-português-francês, através da prestação de serviço de duas tradutoras.

RESULTADOS

As informações abaixo são resultados dos trabalhos realizados por cada grupo, de acordo com os respetivos pilares.

CRONOLOGIA

Quadro 2: Cronograma e principais datas de marco da resposta

DATAS CHAVES	DEFINIÇÕES	DATAS
Data do início da epidemia ou do evento	<i>Data do aparecimento dos sintomas no caso primário ou o primeiro caso com o lien epidemiológico</i>	01/09/2015
Data da deteção da epidemia ou do evento	<i>Data em que a epidemia ou evento ligado à doença é registado pela primeira vez por uma fonte ou num sistema</i>	20/09/2015
Data da notificação da epidemia ou do evento	<i>Data em que a epidemia é notificada pela primeira vez a uma autoridade de saúde pública</i>	20/09/2015
Data de verificação da epidemia ou evento	<i>Primeira data de verificação da epidemia por um dispositivo de verificação confiável</i>	08/10/2015
Data da confirmação laboratorial (se houve para a epidemia ou evento)	<i>Primeira data de confirmação no laboratório ou por link/ ligação epidemiológica</i>	30/10/2015
Data da intervenção relacionada com o surto ou evento	<i>Data da primeira intervenção de saúde pública contra a epidemia</i>	08/10/2015
Data de comunicação ao público	<i>Data da primeira divulgação pública oficial da informação pela autoridade responsável</i>	20/10/2015 (02/11/2015)
Data do fim (declarado) da epidemia ou evento	<i>Data em que as autoridades competentes declaram que a epidemia terminou</i>	15/10/2016

Período de início da epidemia ou evento segundo a revisão após-ação	01/09/2015
Período de fim do surto ou evento segundo a revisão após-ação	15/10/2016

PILAR 1 - COORDENAÇÃO

Com base na metodologia utilizada, a tabela a seguir é o resultado das atividades do grupo de coordenação e logística sobre o existente antes da epidemia de zika ocorrida entre 2015 e 2016.

Quadro 3 : O que estava em vigor antes da resposta: coordenação

PLANOS/POLÍTICAS	RECURSOS	OUTROS
<ul style="list-style-type: none"> -Plano estratégico de luta antiveccorial -Plano de contingência Dengue 	<ul style="list-style-type: none"> -Ministério da Saúde e Director Nacional da Saúde -SVIRE - Recursos financeiros -Coordenador do programa -Parceiros nacionais e internacionais 	<ul style="list-style-type: none"> -Experiência de gestão de epidemia
MECANISMOS DE COORDENAÇÃO	ATIVIDADES DE PREPARAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> -Comissão Municipal da Saúde -Comissão interssetorial -Equipa Técnica Nacional de Intervenção Rápida -Comissão interministerial 	<ul style="list-style-type: none"> -Reunião de coordenação de luta antiveccorial -Decreto da campanha nacional de limpeza -Campanha de luta antiveccorialL -Capacitação dos técnicos a diferentes níveis 	

A tabela a seguir resume a cronologia dos eventos de coordenação durante a resposta à epidemia de Zika.

Quadro 4: Cronologia dos eventos e atividades de coordenação durante a resposta

DATA	LOCAL	EVENTO
1ª semana de outubro	Praia	Alerta de Rash Cutâneo pelo HAN
08/10/2015	Praia	Colocação de suspeita de infeção pelo vírus Zika
Meados de Outubro	Praia	Várias reuniões de elaboração de primeira normas

Meados de Outubro	Praia	Início de investigação - instituto Pasteur
Meados de Outubro	Praia	Comunicação à OMS da ocorrência
Finais de Outubro	Praia	Comunicação de confirmação laboratorial - vírus Zika
02/11/2015	Praia	Declaração de Epidemia de Zika
Primeira semana Nov 2015	Praia	Reuniões Extra-ordinárias. Elaboração de normas de vigilância e ficha de investigação
nov-15	Praia	Mobilização de apoio de parceiros nacionais e internacionais
févr-16	Genebra	OMS declarou zika constitui uma emergência de saúde pública com importância internacional
mars-16	Praia	Orientações práticas e técnicas à grávidas
14 de março 2016	Praia	Notificação de primeiro bebé com micorcefalia
mars-16	Praia	Elaboração de um plano de reparações e respostas à epidemia de Zika. Submissão à BAD
mars-16	Praia	Notificação de primeiro bebé com micorcefalia
juin-16	Praia	Declaração de fim de epidemia pelo MSSS
sept-16	praia	Aprovação pelo BAD do projeto de financiamento

As melhores práticas, seus impactos e fatores facilitadores identificados pelo grupo de coordenação são apresentados na tabela abaixo.

Quadro 5: Melhores práticas, impactos e fatores facilitadores durante a resposta: coordenação

MELHORES PRÁTICAS	IMPACTO(S)	FATORES FACILITADORES (Quais são os fatores facilitadores que contribuíram para esta boa prática)
Boa articulação entre os serviços locais e centrais	Deteção precoce da epidemia Resposta atempada	Boa relação/comunicação entre os serviços Disposição e engajamento dos profissionais Apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde
Criação dum painel de especialista	Aresposta atempada	Existência de recursos humanos diferenciados e comprometidos Engajamento anivel central
Boa articulação entre Ministério da Saúde e OMS	Melhor coordenação e partilha de informação	Existência de uma relação entre MSSS e OMS

Eficiência do SVIRE	Gestão eficiente do evento	Recursos humanos capacitados e comprometidos Boa liderança Processo de notificação funcional
Criação de normas técnicas	Padronização de cuidados de atendimento	Criação de normas internas

Os desafios, seus impactos e os fatores limitantes identificados pelo grupo de coordenação são apresentados na tabela abaixo.

Quadro 6: Desafios em resposta: coordenação

DESAFIOS	IMPACTO(S)	FATORES LIMITANTES (Quais são os fatores limitantes que contribuíram para este desafio)
Doenças emergentes em Cabo Verde	Desconhecimento a longo prazo das complicações	Disponibilidade insuficiente de ecografia Insuficiente resposta laboratorial
Insuficientes recursos humanos e materiais	Aumento de tempo de espera nas urgências e na realização de exames complementares	Insuficientes recursos humanos e materiais
Aumento da densidade vectorial	Suscetibilidade das doenças de transmissão vectorial	Existência de um vetor causador de doenças e vulnerabilidades ambiental
Complicação neurológica do vírus Zika	Numero de crianças afectadas	Insuficiente resposta socioeconómica nos afetados

As principais atividades identificadas, a partir dos desafios, das melhores práticas e dos fatores facilitadores / limitadores, pelo grupo coordenador com seus níveis de impacto para melhorar a capacidade de preparação e resposta às emergências (azul), nível de dificuldade de implementação (laranjas) e priorização dessas atividades (amarelo) serão apresentados nas tabelas abaixo.

ACTIVIDADES	DATA DE REALIZAÇÃO:	RESPONSABILIDADE E PONTO FOCAL:	PRINCIPAIS ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO E RECURSOS NECESSÁRIOS	INDICADORES:	Impacto	Difficuldade	Prioridade
Rever e atualizar o plano nacional de recursos humanos para a área da Saúde	Dezembro 2019	DGPOG DNS MF			3	1	2
Disponibilizar vagas para especializações de profissionais em áreas específicas Epidemiologia Entomologia Infeciologia Saúde Pública Fonoaudiologia Fisioterapia	Dezembro 2023	MSSS			3	3	17
Elaborar manual de boas praticas e orientações para seguimento dos pacientes com microcefalia por Zika	Dezembro 2019	DNS			3	2	15
Disponibilizar vagas para contratação de tecnicos para laboratorio, fonodiologo, pescomotrocida de, fisioterapia e assistente social	Dezembro 2020	DNS MF			2	2	3

Elaboração de protocolo das grávidas com suspeita ou infecção pelo vírus Zika	Dezembro 2019	DNS			3	1	4
Recrutar agentes de luta antiveccorial e agentes de sensibilização	Mai 2019	DNS DGPOG			2	1	5
Construir um centro de luta antiveccorial	Dezembro 2021	DNS MF MIP			3	3	0
Realizar estudo de sensibilidade do vector a insecticida a cada dois anos	Dezembro 2020	INSP			2	1	1
Elaborar o plano de comunicação de risco e vigilancia	Dezembro 2019	INSP			3	1	8
Atualizar de procedimentos de comunicação entre serviços	Dezembro 2020	DNS Hospitais			3	1	6
Disponibilizar recursos tecnicos e financeiro para realização de exercicio de simulação	Dezembro 2020	DGPOG MF INSP			2	3	0
Supervisionar a implementação das normas tecnicas nas estruturas de saude	Dez 2019	DNS SVIRE			3	1	9

PILAR 2 - VIGILÂNCIA E LABORATÓRIO

Quadro 7: O que estava em vigor antes da resposta: VIGILÂNCIA E LABORATÓRIO

PLANOS/POLÍTICAS	RECURSOS	OUTROS
Política Nacional de Saúde Guia Técnico de Vigilância Integrada das Doenças (VID-R) Plano de Luta Anti vectorial Plano Nacional Desenvolvimento Sanitário (PNDS) Plano de contingência Dengue	Recursos humanos capacitados Rede nacional de Laboratórios (RNL) Ficha de notificação imediata Laboratório de virologia Parceria com IPD Parceria OMS e apoio internacional	Campanhas de limpeza Vacinação contra febre amarela para viajantes Controlo de fronteiras
MECANISMOS DE COORDENAÇÃO	ATIVIDADES DE PREPARAÇÃO	
Serviço de Vigilância Integrada e Resposta a Epidemias (SVIRE) Ponto focal de vigilância Equipa Técnica Nacional de Intervenção Rápida (ETNIR) Ponto focal Nacional Regulamento Sanitário Internacional (RSI) Comissão Municipal de Saúde	Formação/capacitação de técnicos Atividades de IEC e orientações técnicas Supervisão no âmbito de vigilância Exercício de simulação de dengue, ebóla e gripe A Formação/Capacitação em deteção e caracterização do vírus da dengue Boletim Epidemiológico Semanal	

O quadro a seguir resume a cronologia dos eventos de vigilância e de laboratório durante a resposta à epidemia de Zika.

Quadro 8: Cronologia de eventos e atividades de vigilância e laboratório durante a resposta

DATA	LOCAL	EVENTO
Setembro 2015	Ilha do Maio	Festa do município do Maio
1ª semana Outubro 2015	SVIRE	Início de investigação epidemiológica de casos de rash cutâneo com prurido
1ª semana Outubro 2015	SVIRE	Elaboração do Boletim informativo de casos de rash cutâneo
8 de Outubro	Laboratório	Recolha de amostra para o IPD
meados Outubro	IPD	Confirmação laboratorial do vírus Zika
meados Outubro	SVIRE	Adaptação da ficha de notificação caso a caso
meados Outubro	SVIRE	Elaboração do Boletim informativo de casos de Zika

22 de Outubro 2015	SVIRE/MSSS	Ponto focal Nacional de RSI notificou a OMS sobre a epidemia
1ª semana Novembro	SVIRE	Elaboração e envio das normas de vigilância epidemiológica incluindo a elaboração da ficha de investigação dos casos
03 de novembro 2015	HAN	Primeira sessão clínica sobre Zika por teleconferência no HAN
Novembro 2015	SVIRE	Pico da epidemia com 793 casos notificados
Fevereiro 2016	DNS/MSSS	Constituição de uma equipa multidisciplinar para o acompanhamento das grávidas e das crianças nascidas de mães com suspeita de Zika
02 de Março 2016	DNS/MSSS	Notificação e seguimento das grávidas com quadro suspeito de infecção por vírus Zika
Março 2016	HAN	Primeiro caso de microcefalia
Mai 2016	MSSS/OMS	Concurso para recrutamento de técnicos de laboratório de virologia
Outubro 2016	SVIRE/MSSS	Declaração do fim da epidemia do vírus Zika

As melhores práticas, seus impactos e os fatores facilitadores identificados pelo grupo de Vigilância e Laboratório estão apresentados no quadro abaixo.

Quadro 9: Melhores Práticas, Impactos e Facilitadores durante a Resposta: Vigilância e Laboratório

MELHORES PRÁTICAS	IMPACTO(S)	FATORES FACILITADORES (Quais são os fatores facilitadores que contribuíram para esta boa prática)
Sistema de notificação diária dos casos Elaboração do boletim informativo do Zika	Melhor coordenação e gestão de informação Informação recolhida foi útil para tomada de decisão	Engajamento dos profissionais Meios de comunicação disponíveis: Telefone, internet, rede social, telemedicina Orientações do nível central
Recolha de amostras a todas as grávidas	Confirmação laboratorial dos casos e melhor seguimento	Reagentes e consumíveis Apoio da OMS
Recrutamento de técnicos para laboratório de virologia	Capacidade de resposta laboratorial	Laboratório de virologia funcional
Actividades IEC	População informada	Capacitação dos técnicos

	Aumento da demanda dos utentes nas estruturas de saúde	
Orientações da DNS	Procedimentos uniformizados	Protocolos disponíveis em todas as estruturas de saúde

Os desafios, seus impactos e os fatores limitantes identificados pelo grupo de vigilância e laboratórios são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 10: Desafios em resposta: vigilância e laboratórios

DESAFIOS	IMPACTO(S)	FATORES LIMITANTES (Quais são os fatores limitantes que contribuíram para este desafio)
Deficiente coordenação entre os parceiros para o envio das amostras	Demora na confirmação do diagnóstico laboratorial	Transporte das amostras biológicas deficitárias
Recursos humanos, materiais e consumíveis insuficientes	Demora na prestação dos cuidados Sobrecarga de trabalho	Recrutamento de mais profissionais de saúde Estrutura de saúde sem autonomia para contratação de técnicos
Ausência de uma plataforma eletrónica do Sistema de Informação Sanitária	Demora na tomada de decisão	Ausência de uma Plataforma electrónica Recrutamento de técnicos Mobilização de recursos financeiros
Preenchimento deficitário das fichas para o laboratório	Dificuldade na escolha do teste laboratorial Desperdício de recursos materiais	Pouco conhecimento sobre as consequências do mal preenchimento das fichas
Demora na entrega dos resultados das análises aos utentes	Insatisfação dos utentes	

As principais atividades identificadas, baseadas em desafios, melhores práticas e fatores facilitadores / limitantes, pelo grupo de "vigilância e laboratórios" com seus níveis de impacto para melhorar as capacidades de preparação e resposta as emergências (azul), nível de dificuldade de implementação (laranjas) e a priorização dessas atividades (amarelo) será relatada nos quadros abaixo.

ACTIVIDADES	DATA DE REALIZAÇÃO:	RESPONSABILIDADE E PONTO FOCAL:	PRINCIPAIS ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO E RECURSOS NECESSÁRIOS	INDICADORES:	Impacto	Dificuldade	Prioridade
Estabelecer protocolos com as companhias aéreas para transporte das amostras	2º trimestre de 2019	MSSS/DNS	Elaboração de protocolos	Assinatura do protocolo, implementado e divulgado	3	2	14
			Reuniões entre MSSS, ASA, Binter, AAC	Reuniões realizadas			
Capacitação dos técnicos de laboratório em transporte de material biológico	2º trimestre de 2019	RNL/DNS	Elaboração do plano de formação	Plano de formação elaborado	2	2	0
			Formação realizada	Lista de participantes Recursos financeiros			
Capacitação dos técnicos de saúde em vigilância Epidemiológica	2º semestre de 2019	DNS/SVIRE	Elaborar plano de formação	Plano de formação elaborado	3	2	0
				Lista de participantes Recursos financeiros			
Criação de uma Plataforma informatizada a nível nacional	Até final do ano 2019	DNS	Protocolos de parcerias com os organismos internacionais	Protocolo assinado	3	3	2

			Projecto piloto	Projeto piloto implementado			
			Implementação da plataforma a nível nacional				
Laboratorio de virologia devidamente equipado e funcional	Durante todo o ano	INSP	Aquisição dos materiais e reagentes	Materiais e reagentes disponíveis	3	2	25
Capacitação dos técnicos de estatística e gestores de dados em produção estruturação e tratamento dos dados	3º trimestre de 2019	SVIRE/DNS	Solicitar apoio técnico da OMS Instituto Nacional Estatística Instituto Nacional de Saude Publica	Lista de participantes Materiais de formação	3	2	3
Realização de exercício de avaliação conjunta sobre RSI	4º trimestre de 2019	SVIRE/DNS	Solicitar apoio da OMS Assistência técnica da OMS Engajamento do governo	Elaboração dos TDRs	3	3	4
Supervisão formativa interna na sensibilização para o preenchimento correcto e completo das fichas	Interno (mensal) Nacional (semestral)	DNS/Delegacias de Saúde/Centros de Saúde	Plano de supervisão nacional e interno		3	1	1
Recrutamento de técnicos de estatísticas de saúde, laboratório capacitados	Até o final do ano 2019	DGPOG Finanças DNAP	Lançamento de concurso Contratação dos técnicos		3	3	2
Recrutamento/Formação de técnicos em Epidemiologia	Até final do ano de 2019	DNS/DGPOG	Lançamento de concurso e selecção dos candidatos		3	3	6
Formação/reciclagem dos técnicos de laboratório em arboviroses e outros	2º trimestre de 2019	DNS/INSP	Apoio da OMS Plano de formação		2	3	6
Capacitação/formação dos técnicos das companhias de transporte das amostras	Até final do ano 2019	RNL	Plano de formação		2	2	0

Instalação da coordenação da instância Nacional de uma só saúde	Até o ano 2020	INSP MSSS MAA					
---	-------------------	---------------------	--	--	--	--	--

PILAR 3 - GESTÃO DE CASOS

Quadro 11: O que existia antes da resposta: GESTÃO DE CASOS

PLANOS/POLÍTICAS	RECURSOS	OUTROS
<p>Sistema de notificação Nacional Protocolos internacionais pré-existent Sistema de referência e contrarreferência</p>	<p>Estrutura física (Hospitais centrais e centros de saúde) Clínicos gerais e enfermeiros Telemedicina Ficha de notificação de casos Especialidades (Médicos de BU, ORL, Oftalmologistas, neonatologistas, pediatras, neurologistas, imagiologista, infectologista, psicólogos, psicomotricista, assistente social, cardiologista, fonoaudiólogo). Laboratórios (Clínicos e de Virologia) Ficha de Referência e contrarreferência Produtos farmacêuticos Protocolos técnicos para várias situações clínicas</p>	
MECANISMOS DE COORDENAÇÃO	ATIVIDADES DE PREPARAÇÃO	
<p>Protocolo com o Instituto Pasteur de Dakar SVIRE Programa de Luta Contra Doenças Transmitidas por Vetores e ligadas ao meio ambiente. DGF OMF, UNICEF, UNFPA Programa de Saúde Reprodutiva</p>		

O quadro a seguir resume a cronologia do curso dos eventos relacionados a gestão de casos durante a resposta à epidemia de zika.

Quadro 12: Cronologia de eventos e atividades de gestão de casos durante a resposta

DATA	LUGAR	ACONTECIMENTO
<p>Finais 09/2015</p>	<p>BUA - HAN</p>	<p>Notificação de aumento de casos de rash cutâneo com prurido e sem febre</p>

1ª semana de Outubro	HAN	Orientação para recolha de amostras de sangue para envio ao laboratório de IPD
08/10/2015	SVIRE	Hipótese de Zika
Meados de Outubro		Comunicação à OMS e envio de amostras ao IPD
Finais de Outubro	IPD	Confirmação laboratorial de Zika
02/11/2015	MSSS	Declaração oficial da epidemia
1ª Semana de Novembro	HAN	Primeira Sessão clínica sobre gestão de casos e utilização de ficha notificação caso-a-caso
Meados de Novembro		Reforço do pessoal médico nas urgências adulto e crianças
Janeiro de 2016	RSSN	Sessão clínica sobre gestão de casos
	HAN	Elaboração de fluxograma para atendimento de grávidas expostas
Ilhas afectadas		Solicitação de serologia nas consultas de pré-natal
14/03/2016	HAN	Início da consulta dos RN expostos verticalmente
16/03/2016		Nascimento da primeira criança com microcefalia e infecção por Zika
Mars-16		Abordagem multidisciplinar das crianças com confirmação da infecção e sequelas
		Atendimento psicossocial individual e em grupo das mães de crianças com microcefalia
04/05/2016	Maio	Nascimento da primeira criança com microcefalia e infecção por Zika
Finais de Maio	HRSFA	Nascimento da primeira criança com microcefalia e infecção por Zika
Juil-16	HAN	Nascimento da penúltima criança com microcefalia e infecção por Zika
04/08/2016		Nascimento da última criança com microcefalia e infecção por Zika

As melhores práticas, seus impactos e fatores facilitadores identificados pelo grupo de gestão de casos são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 13 : Melhores práticas, impactos e fatores facilitadores durante a resposta : gestão de casos

MELHORES PRÁTICAS	IMPACTO(S)	FATORES FACILITADORES (Quais são os fatores facilitadores que contribuíram para esta boa prática)
Alerta Precoce	Início Precoce da investigação da causa	Profissionais atentos a situações anormais Conhecimento dos mecanismos de notificação Mecanismos de comunicação funcionais
Formação sobre a gestão dos casos de zika	Uniformização de conduta a nível nacional	Seviço de telemedicina Comunicação fluida entre os elementos da equipa

Normatização de conduta para o seguimento de crianças e grávidas	Uniformização de condutas para as grávidas e crianças	Existência de especialistas engajadas
Reforço médico nas urgências	Melhor resposta à demanda	Ministério da Saúde e Direção do Hospital
Disponibilização dos medicamentos e consumíveis	Tratamento correcto e atempado	Boa coordenação Ministério da Saúde – Direcção Geral da Farmácia

Os desafios, seus impactos e os fatores limitantes identificados pelo grupo de gestão de casos são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 14 : Desafios na resposta: gestão de casos

DESAFIOS	IMPACTO(S)	FATORES LIMITANTES (Quais são os fatores limitantes que contribuíram para este desafio)
Não informatização do BUM / Informatização insuficiente	Dados não fidedígnos	Materiais/ dados não disponibilizados
Acesso Multidisciplinar limitado	Assistência limitada a grávidas e crianças	Distribuição geográfica (insularidade) Recursos especializados limitados
Atraso na disponibilização dos testes serológicos para todas as grávidas	Casos assintomáticos não diagnosticados	Orientação das entidades competentes
Entrega tardia das análises/ não entrega das análises	Insatisfação dos utentes Crianças com microcefalia sem diagnóstico serológico	Circuito de entrega dos resultados de análises deficiente.
Numero reduzido de equipas nas estruturas de saúde	Insatisfação dos utentes	Recursos humanos insuficientes
Acesso limitado às ecografias morológicas	Atraso no diagnóstico durante o pré-natal	Falta de profissionais capacitados

As principais atividades identificadas, baseadas em desafios, melhores práticas e fatores facilitadores / limitantes, pelo grupo de gestão de casos com seus níveis de impacto para melhorar a capacidade de preparação e resposta as emergências (azul), o nível de dificuldade de implementação (laranjas) e priorização dessas atividades (amarelo) serão reportadas nos quadros abaixo.

ACTIVIDADES	DATA DE REALIZAÇÃO:	RESPONSABILIDADE E PONTO FOCAL:	PRINCIPAIS ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO E RECURSOS NECESSÁRIOS	INDICADORES:	Impacto	Dificuldade	Prioridade
Informatização das urgências dos hospitais e Delegacia de Saúde	10 meses	Responsáveis das delegacias de saúde e diretores dos hospitais	Recursos materiais (equipamentos e software)	Nº estruturas de saúde Nº totais de estruturas x 100	3	3	9
			Formação de recursos humanos				
			Recursos Financeiros				
Elaboração de um plano de formação para profissionais de saúde em relação à deteção de situações anormais e a comunicação	Anualmente	Direção Nacional da Saúde Hospitais Delegacias de Saúde Regiões Sanitárias	Divulgação/conhecimento do plano de contingência	Nº de profissionais formados	2	1	10
			Distribuição de tarefas e recursos materiais	Nº de formações realizadas			
			Efectivar a simulação				
Garantir a assistência multidisciplinar uma vez por mês em cada concelho/ilha	6 meses	Ministerio da Saúde Delegados de Saúde Directores dos Hospitais	Levantamento de todas as especialidades necessárias	Nº de deslocações realizadas	3	3	25
			Socializar com a equipa e protocolo	Nº de casos atendidos			
			Mapeamento das deslocações das equipas aos diferentes concelhos/ilha				
Incluir serologias para Zika e TORCH no protocolo de assistência pré-natal a nível nacional	1º trimestre 2020	Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva	Recursos Materiais (Reagentes)	Nº de sessões de socializações realizadas	3	3	1
			Plano de gestão e aprovisionamento do stock	Lista de participantes			
			Sessões de socialização e actualização do protocolo	Percentagem de gestantes testadas por Zika e TORCH			
Adopção de um protocolo nacional de abordagem de más formações	2º trimestre de 2020	Ministério de Saúde	Proposta de mudança de lei que permite e IVG		2	3	2

congénitas							
Elaboração de uma lista de medicamentos necessários ao tratamento das grávidas e crianças infectadas que não se encontrem na lista nacional de medicamentos	1º Trimestre de 2020	Ministério de Saúde DGF	Elaboração da Lista	Lista elaborada	2		2
			Alteração da lei para importação de medicamentos específicos	Lista aprovada			
Elaboração de um protocolo Nacional de assistência às crianças expostas ao Virus Zika	Último trimestre de 2019	Programa da Saúde Sexual e Reprodutiva	Recursos Humanos	Protocolo elaborado, validado e implementado	3	1	15
		Directores dos hospitais e Centros de Saúde		Monitorização da utilização			
Elaboração de um circuito de entrega de dos resultados dos Exames Laboratoriais	2º Trimestre de 2019	Rede Nacional do Laboratório Laboratório de Virologia Directores dos Hospitais	Elaboração, validação e divulgação	Documento elaborado e implementados	2	1	1
Implementar a ecografia morfológica obrigatória a 100% das grávidas no segundo Trimestre de gravidez	1º trimestres de 2020	Programa Nacional de Saúde Sexual e reproductivas Directores dos Hospitais e de centros de saúde	Adquirir os equipamentos (ecógrafos),	Nº de centros equipados	3	3	5
			Capacitação técnicas dos recursos humanos (Imagiologistas ou obstetras)	Percentagem de grávidas com ecografias morfológicas realizadas			
			Registo estatístico dos exames realizados nas diferentes estruturas de saúde	Nº de recursos humanos formados			
Elaboração de um protocolo nacional de assistência a gestantes infectadas pelo Virus Zika	Último trimestre de 2019	Programa da Saúde Sexual e Reprodutiva	Recursos Humanos	Protocolo elaborado, validado e implementado	3	1	12
		Directores dos hospitais e Centros de Saúde		Supervisão da aplicação dos protocolos			

PILAR 4 – LUTA ANTIVETORIAL

Quadro 15 : O que estava em vigor antes da resposta LUTA ANTIVETORIAL

PLANOS/POLÍTICAS	RECURSOS	OUTROS
<ul style="list-style-type: none"> Manual Integrado Luta Anti Vetorial (LAV) Manual PID Plano de acção nacional LIV Plano de acção local LIV Planos de preparação para a época das chuvas Plano de levantamento entomológico Fichas de recolha de dados Plano de contingência da dengue 	<ul style="list-style-type: none"> Agentes LIV Animadores IEC Inseticidas (Deltametrina e Temefos) EPI Bombas pulverizadoras X-pert e motorizadas Transporte Recursos Financeiros Apoios Internacionais Recursos humanos e agentes de LAV Recursos financeiros 	<p>Disponibilidade de rede mosquiteira nas estruturas de saúde</p> <p>Formação/Reciclagem de agentes LIV</p>
MECANISMOS DE COORDENAÇÃO	ATIVIDADES DE PREPARAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> Encontro com equipas das delegacias Existe em cada delegacia um ponto focal para LIV, Comité Municipal de Saúde Supervisão das atividades de terreno Supervisão central 	<ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliar Gestão ambiental Promoção de campanhas de limpeza Sensibilização porta-a-porta Luta antilarval Pulverização intradomiciliar 	

O quadro a seguir resume a cronologia do curso dos eventos relacionados a luta anti vetorial durante a resposta à epidemia de zika.

Quadro 16: Cronologia dos eventos e atividades anti-vetorial durante a resposta

DATA	LOCAL	EVENTO
Setembro 2015	Santa Cruz	Limpeza barragem Figueira Gorda
Setembro 2015	País	Orientações do MSSS para o reforço da LIV
Setembro 2015	País	Intensificação das ações de LIV
Setembro 2015	País	Encontro com os agentes de LAV para o reforço das atividades
Outubro 2015	País	Reforço das visitas domiciliárias
Outubro 2015	País	Reforço campanha PID
Outubro 2015	Praia	Encontro com agentes para elaboração de estratégias
Outubro 2015	Praia	Capacitação reciclagem dos agentes LAV

02-Novembro 2015	País	Comunicação pública sobre a epidemia do zika
Dezembro 2015	Praia	Fim campanha PID Praia
Novembro/Dezembro 2015	Praia	Encontro extraordinário da comissão interministerial de LAV
10 janeiro 2016	Praia	Acordo com o projeto Veccos para IEC
Fevereiro 2016	País	Campanha de limpeza
06 Fevereiro 2016	Fogo	Mega Campanha de Limpeza
12 Fevereiro 2016	País	Orientações do MSSS para o reforço da desinsetização nos pontos de entrada
Abril Maio 2016	País	Campanha Nacional de colocação de abate
Julho 2016	Praia	Reunião da comissão interministerial de LAV
29 Julho 2016	Praia e São filipe	Formação dos agentes em LIV
Agosto 2016	Santiago, Fogo, Maio e Boavista	Estudo de CAP sobre o Zika
04 Agosto 2016	Cidade Velha - Hotel Vulcão	Apresentação do estudo de CAP pelo INSP
06 Agosto 2016	Boavista	Campanha PID no bairro de Boa Esperança
07 Agosto 2016	Praia	Acordo com a Bornefonden para IEC
08 Agosto 2016	Praia	Lançamento da campanha nacional de limpeza
10 Setembro 2016	Santiago, Fogo, Maio e Boavista	Reforço dos Agentes de LAV e animadores de IEC

As melhores práticas, seus impactos e fatores facilitadores identificados pelo grupo de luta anti vectorial são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 17: Melhores práticas, impactos e fatores facilitadores durante a resposta: luta anti vectorial

MELHORES PRÁTICAS	IMPACTO(S)	FATORES FACILITADORES (Quais são os fatores facilitadores que contribuíram para esta boa prática)
Aumento da campanha de pulverização intradomiciliar	Diminuição dos mosquitos	Disponibilidade de recursos
Reforço das campanhas de limpeza	Diminuição dos focos dos mosquitos	Engajamento de todos os parceiros e a população
Reforço dos agentes de LAV	Aumento da campanha de LAV	Apoio do nível central
Reforço da desentetização dos aviões e barcos	Não introdução do vírus e ilhas não afetadas	Engajamento dos parceiros
Reforço da supervisão	Melhor acompanhamento/ coordenação das atividades de terreno	Colaboração dos intervenientes/ integrantes

Os desafios, seus impactos e os fatores limitantes identificados pelo grupo de luta anti vectorial são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 18 : Desafios da luta antivectorial

DESAFIOS	IMPACTO(S)	FATORES LIMITANTES (Quais são os fatores limitantes que contribuíram para este desafio)
Planeamento ineficaz	Deficiência das atividades prioritárias preventivas	Ausência da doença transmitidas pelo vetor <i>Aedes aegypti</i> . Frac coordenação
Financiamento insuficiente	Limitação dos recursos	Dificuldade de engajamento de parceiros. Não execução das atividades
Gestão e coordenação deficitária	Respostas descoordenadas	Falta de comunicação e coordenação

Fraca execução	Aumento da densidade vetorial	Descoordenação das atividades. Fraco engajamento dos executores
Seguimento e avaliação insuficiente	Desconhecimento dos resultados das intervenções	Desconhecimento da bioecologia do vetor Desconhecimento da qualidade dos produtos (inseticidas) e equipamentos.

Principais atividades identificadas, baseadas em desafios, melhores práticas e factores facilitadores / limitantes, pelo grupo de "controlo anti vectorial" com seus níveis de impacto para melhorar as capacidades de preparação e resposta às emergências (azul), o nível de dificuldade da implementação (laranjas) e a priorização dessas atividades (amarelo) serão relatados nos quadros abaixo.

ACTIVIDADES	DATA DE REALIZAÇÃO:	RESPONSABILIDADE E PONTO FOCAL:	PRINCIPAIS ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO OE RECURSOS NECESSÁRIOS	INDICADORES:	Impacto	Dificuldade	Prioridade
Encontro de sensibilização e mobilização de novos parceiros nacionais e internacionais.	10 de Maio	MSSS	TdR do encontro	Nº de parceiros mobilizados	2	2	1
			Convite Encontro	Nº de encontros			
			Ata ou relatório do encontro	Lista dos participantes			
Reforço de encontros de planificação	10 de junho	Programa de Doenças Vetoriais / DS e CS	TdR do encontro	Nº de parceiros mobilizados	3	2	3
			Convite Encontro	Nº de encontros			
			Ata ou relatório do encontro	Lista dos participantes			
Reforço de supervisão	Semanal/ mensal	Programa de Doenças Vetoriais / DS e CS	TdR da supervisão Supervisão Relatório	Nº de supervisão feitas Nº de estruturas supervisionadas Relatórios	2	1	5
Pulverização intradomiciliar	Julho (anualmente)	Programa de Doenças Vetoriais / DS e CS	Mobilização de recursos Capacitação dos agentes	Nº de casas pulverizadas Porcentagem da população	3	2	2

			Realização da PID	protegidas			
Luta antilarval (LAL)	Julho (anualmente)	Programa de Doenças Vetoriais/ DS e CS	Mobilização de recursos Capacitação dos agentes Realização da LAL	Nº de viveiros de mosquitos tratados	3	2	13
Reforço e capacitação dos agentes	Maio	Programa de Doenças Vetoriais / DS	Mobiliza recursos Recrutamento Capacitação Ação	Recursos mobilizados Nº agentes contratados Nº de agentes capacitados	3	2	25
Promoção da campanha de limpeza	Julho	Programa de Doenças Vetoriais / DS/ parceiros locais	Mobiliza parceiros Recursos Ação	Nº de campanhas feitas Nº de bairros limpos	2	2	2
Formação em controlo e gestão do stock	Maio	Programa de Doenças Vetoriais/ DS	TdR Recursos Formação Relatório	Nº de formações Nº de técnicos formados	2	1	2
Formação de técnicos de planificação	10 junho	DS/CS	TdR Recursos Formação Relatórios	Nº de formações Nº de técnicos formados	3	2	3
Construção e adaptação do espaço para a os agentes de LAV	Dezembro	Programa de Doenças Vetoriais/ MSSS	Projeto Recurso construção	Nº de espaços construídos	3	3	5
Estudo sobre a bioecologia dos vetores	Maio	MSSS	Projeto Recursos Estudo Relatório	Nº de estudos feitos Nº de relatórios feitos	3	2	3
Controlo de qualidade dos inseticidas	Maio	MSSS	Projeto Recursos Estudo Relatório	Nº de estudos feitos Nº de relatórios	3	2	3
Formação de técnico em gestão de dados	Dezembro	MSSS	TdR Recursos Formação Relatórios	Nº de formação Nº de técnicos formados	2	1	4

PILAR 5 – COMUNICAÇÃO, MOBILIZAÇÃO SOCIAL E ENGAJAMENTO COMUNITÁRIO

Quadro 19: O que existia antes da resposta na área da Comunicação, Mobilização e Engajamento Comunitário

PLANOS/POLÍTICAS	RECURSOS	OUTROS
Plano de comunicação de Luta antiveccorial (Paludismo) Plano de Contingência de Dengue Politica Nacional de Saúde Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário	Agentes Sanitários, técnicos de saúde Agentes Luta antiveccorial Materiais IEC (folhetos, cartazes, carros de som, spots TV/rádio) Parceiros nacionais e internacionais Comunicação social Fichas de Notificação Telemedicina Boletim epidemiológico	
MECANISMOS DE COORDENAÇÃO	ATIVIDADES DE PREPARAÇÃO	
SVIRE CNDS (INSP)	Formação de Jornalistas Encontros com Líderes Comunitários Reciclagem de Profissionais de Saúde	

O quadro a seguir resume a cronologia dos eventos relacionados à comunicação, mobilização e envolvimento da comunidade durante a resposta à epidemia de zika.

Quadro 20: Cronologia dos eventos e atividades da Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário durante a resposta

DATA	LUGAR	EVENTO
Outubro 2015	Sta Catarina Santiago	Notificação do Primeiro caso de Rash cutaneo durante consultas de pre natal
Novembro 2015	Praia, Santiago	Comunicação oficial da confirmação do diagnostico
Dezembro 2015	Santa Cruz	Ação de Sensibilização na estrutura
Dezembro 2015	Praia, Santiago	Entrevista do Infecciologista Dr. Jorge Barreto no jornal da noite TCV
Janeiro 2016	Praia, Santiago	Participação do Coordenador de Programa LAV no jornal da noite da TCV
Fevereiro 2016	Praia,	Mobilização social Caritas EUA/Cabo Verde

	Santiago	
Fevereiro 2016	Praia, Santiago	Reportagem sobre a correlação entre o vírus zika e a microcefalia
Marco 2016	Praia, Santiago	Reportagem sobre o nascimento do primeiro bebe com microcefalia (relacionado com vírus zika)
Abril 2016	Ilha Boa Vista	Mobilização e engajamento comunitario Local
Mai 2016	Ilha Maio	Entrevista do Delegado de Saude sobre o Primeiro Caso de Microcefalia na Ilha
Mai 2016	Praia, Santiago	Reunião para mobilização de recursos financeiros entre o MSSS/parceiros
Junho 2016	Praia, Santiago	Declaração do Ministro (sem registo de casos desde 25 de Abril de 2016)

As melhores práticas, seus impactos e os fatores facilitadores identificados pelo grupo da Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 21: Melhores práticas, impactos e fatores facilitadores durante a resposta : Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário

MELHORES PRÁTICAS	IMPACTO(S)	FATORES FACILITADORES (Quais são os fatores facilitadores que contribuíram para esta boa prática)
Materiais IEC direcionados a diferentes grupos populacionais (participação de técnicos de saúde em programas TV e rádio)	Informação precisa e concretas para cada grupo alvo	Apoio técnico especializado, e apoio financeiro Boa adesão da população
Estudo CAP (comportamento, atitudes e práticas)	Permitiu saber o nível de conhecimento, atitudes e práticas da população para a prevenção da Doença	Assistência Técnica e financeira Boa adesão da população
Plano de comunicação de risco multisectorial	Melhor coordenação na implementação das actividades	Envolvimento dos parceiros Assistência Técnica e financeira
Intervenções Comunitárias	Esclarecimento sobre a doença Desmistificação de informações	Boa adesão da população Engajamento de Técnico de saúde e parceiros Reforço de Recursos Humanos (contratação de

	erróneas Engajamento comunitário	animadores IEC)
Atelier de validação do plano de comunicação	Envolvimento de parceiros-chave ;	Assistencia Tecnica e financeira Envolvimento dos parceiros

Os desafios, seus impactos e os fatores limitantes identificados pelo grupo Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 22: Desafios em resposta na área Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário

DESAFIOS	IMPACTO(S)	FATORES LIMITANTES (Quais são os fatores limitantes que contribuíram para este desafio)
Desinformação inicial; Desinformação da população através das redes sociais ;	Gerou pânico ; População mal informada ; Dificuldades na transmissão de informação ;	Constantes ruídos de comunicação; Dificuldades em comunicar com pessoas com necessidades especiais ;
Acessibilidade	Limitou aplicação do estudo ;	Situação geográfica dos concelhos Elevados custos de transporte Indisponibilidade da população rural em participar nos estudos e sessões durante o horário laboral
Participação de todos os delegados de saúde e parceiros	Não contribuição de todos os parceiros e estruturas de saúde	Situação geográfica ; Financiamento limitado ;
Sensibilização nas zonas rurais	Dificuldade na transmissão de informação ;	Situação geografica; Horário Laboral da população rural;
Participação de todos os delegados de saúde e parceiros	Não contribuição de todos os parceiros e estruturas de saúde	Situação geográfica ; Financiamento limitado ;

As principais atividades identificadas, com base nos desafios, melhores práticas e factores facilitadores/limitantes, pelo grupo Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário, com seus níveis de impacto para melhorar as capacidades de preparação e resposta às emergências (azul) o nível de dificuldade de implementação (laranjas) e a priorização dessas atividades (amarelo) serão relatados nos quadros abaixo.

ACTIVIDADES	DATA DE REALIZAÇÃO:	RESPONSABILIDADE E PONTO FOCAL:	PRINCIPAIS ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO E RECURSOS NECESSÁRIOS	INDICADORES:	Impacto	Difficuldade	Prioridade
Produção de materiais gráficos e audiovisuais adaptados à população com necessidades especiais	Dez 2019	INSP	Elaboração de conteúdo com apoio de um especialista na matéria	Número de materiais produzidos	2	1	12
			Solicitação de faturas proformas	Número de população-alvo atingida			
			Solicitação do serviço e respectivo lay-out Solicitação de apoio financeiro				
Realizar Estudo do impacto das intervenções comunitárias e dos materiais produzidos	Dez 2020	PNLP INSP	Elaboração de termos de referencia e projecto;	Numero de população alvo	3	3	6
			Submissão para financiamento ;	Numero de materiais produzidos			
			Lançamento de concursos/contratação para consultoria/execução; Submissão/aprovação ; Socialização ;				
Elaboração de plano geral de comunicação de risco	Dez 2020	PNLP INSP	Elaboração de termos de referênci a e projecto;	Plano validado	3	3	20
			Submissão para financiamento ;				
			Lançamento de concursos/contratação para consultoria/execução; Submissão para aprovação				

Elaboração de plano de deslocação às localidades rurais	Julho 2019	Delegacia de Saude	Identificar zonas prioritarias, e os respectivos líderes comunitarios; Elaboração de orçamento; Buscar financiamento; Criação de escala de saída, e divulgação prévia	Numero de pessoas informadas ;	2	1	0
Criação de agenda de comunicação das comissões municipais de saúde	Julho 2019	Comissão Municipal de Saúde	Identificar areas prioritárias; Criar orçamento, buscar financiamento; Elaborar cronograma de saída ;	Agenda validada	3	1	6
Elaboração de um plano de gestão de recursos humanos para actividades de mobilização social e comunicação	Dez 2019	DNS, Delegacias INSP		Plano validado	2	2	13

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DAS CAPACIDADES CENTRAIS DO RSI (2005) DURANTE A RESPOSTA

Uma ficha de avaliação do desempenho das capacidades do RSI (2005) durante a resposta à epidemia de Zika foi distribuída a cada participante do atelier.

Estas diferentes opções de resposta foram disponibilizadas:

P	Realizado sem dificuldades
S	Realizado com algumas dificuldades
M	Realizado com grandes dificuldades
U	Impossível de ser realizado
NR	Não avaliado
NA	Não aplicável

Os resultados das respostas estão indicados em percentagem no quadro abaixo :

Capacidade e indicador do RSI		Objetivos específicos e tarefas (Exemplos, ajustar em conformidade)	Escolha a nota da avaliação				
			P	S	M	U	NR
C1: Legislação e Financiamento							
C1.1	Legislação, leis, regulamentação, políticas, prescrições administrativas ou outros instrumentos públicos para aplicar o RSI	<i>Existia uma legislação, as leis e políticas adequadas e poderiam ser utilizadas de forma eficiente</i>	36%	30%	8%	2%	24%
C1.2	Financiamento para implementação das capacidades exigidas no âmbito do RSI	<i>Um orçamento estava disponível para a implementação das capacidades do RSI</i>	12%	46%	16%	4%	22%
C1.3	Mecanismo de financiamento e fundos para uma resposta rápida às emergências de saúde pública	<i>Existia um mecanismo de financiamento o que permitiu um fluxo de fundos sem acusar atrasos a todos os níveis necessários</i>	20%	42%	10%	2%	26%
C2: Coordenação do RSI e as funções dos pontos focais nacionais do RSI							
C2.1	Funções dos pontos focais nacional no âmbito do RSI	<i>O ponto focal nacional do RSI esteve acessível quando necessário e poderia desempenhar as funções relativas ao RSI</i>	54%	24%	4%	0%	18%
C2.2	Mecanismos de coordenação multissetorial do RSI	<i>Existia um mecanismo de coordenação multissetorial do RSI e foi eficiente</i>	46%	28%	6%	2%	18%
C3: Eventos relacionados com zoonoses e de interface homem-animal							
C3.1	Colaboração para atividades de luta contra as zoonoses	<i>Os setores de saúde animal e saúde pública foram capazes de trabalhar de forma eficiente e em conjunto a todos os níveis necessários</i>	30%	38%	14%	0%	18%
C4: Segurança sanitária dos alimentos							
C4.1	Mecanismo de colaboração multissetorial para eventos associados à segurança alimentar	<i>Existia um mecanismo de coordenação entre o Ponto Focal INFOSAN (Rede Internacional de Autoridades de Segurança Sanitária Alimentar) para a segurança alimentar e o Ponto Focal do RSI e foi eficiente na coordenação multissetorial</i>	4%	44%	12%	0%	40%
C5: Laboratórios							
C5.1	Sistema de orientação e transporte de amostras	<i>Amostras colhidas em qualquer nível do sistema de saúde (centros de saúde, hospitais, etc.) foram enviados ao laboratório de análise competente o mais rápido possível</i>	32%	34%	26%	4%	4%

C5.2	Criação de um sistema de segurança e proteção biológica dos laboratórios	<i>Existia capacidade para identificar, proteger e vigiar os agentes patógenos perigosos nos laboratórios</i>	20%	34%	24%	4%	18%
C5.3	O acesso as capacidades de análise laboratorial para as doenças prioritárias	<i>As amostras de todos os níveis foram testadas de forma adequada e os resultados foram disponibilizados rapidamente</i>	4%	46%	30%	6%	14%
C6: Vigilância							
C6.1	Função de alerta precoce: vigilância com base em indicadores e vigilância de eventos	<i>Os dados de vigilância recolhidos em todos os níveis foram compilados, analisados e interpretados para orientar a resposta</i>	42%	36%	16%	0%	6%
C6.2	Mecanismo de gestão de eventos (verificação, avaliação de riscos, análise, inquérito)	<i>Existia um sistema eficiente para verificar, avaliar e investigar os eventos</i>	32%	40%	12%	4%	12%
C7: Recursos humanos							
C7.1	Recursos humanos para a implementação capacidades exigidas no âmbito do RSI	<i>Existia uma equipa eficiente para preparar, prevenir, detectar e responder a este evento (epidemias ou outros perigos ...) a todos os níveis necessários.</i>	20%	50%	18%	4%	8%
C8: Quadro nacional para as situações de emergência sanitária							
C8.1	Mecanismo de planificação da preparação e resposta em situações de emergência	<i>O plano de preparação multi-riscos foi testado e revelou-se eficiente durante a emergência</i>	18%	44%	10%	4%	24%
C8.2	Gestão de operações de resposta nas situações de emergência sanitária	<i>O Centro de operações de emergência foi ativado rapidamente com a ajuda de protocolos eficientes</i>	22%	46%	6%	2%	24%
C8.3	Mobilização de recursos na emergência	<i>Os materiais necessários, incluindo equipamento de protecção pessoal, os medicamentos, as vacinas, etc., poderiam ser mobilizados em níveis necessários de forma atempada</i>	24%	46%	16%	4%	10%
C9: Prestação de serviços de saúde							
C9.1	Capacidade de tratamento de casos relacionados riscos abrangidos pelo RSI	<i>Existia um número suficiente de profissionais de saúde formados e suprimentos médicos adequados para lidar com pacientes de forma segura</i>	18%	52%	16%	2%	12%
C9.2	Capacidade de controlo da infecção e de descontaminação de substâncias químicas e radioactivas	<i>Os profissionais de saúde foram formadas em prevenção e controle de infecções (ou descontaminação radiológica) e dispõem de equipamentos de protecção necessários</i>	10%	30%	20%	4%	36%

C9.3	Acesso aos serviços essenciais de saúde	<i>Os pacientes suspeitos em todas as regiões do país poderiam ter acesso a serviços ambulatoriais ou durante o internamento sem dificuldades</i>	46%	34%	8%	0%	12%
C10: Comunicação de riscos							
C10.1	Capacidade de comunicação de risco relativa às situações de emergência	<i>As informações que visam responder às preocupações da comunidade, os rumores e as práticas de saúde pública apropriadas foram efetivamente comunicados à população, e foi criado um mecanismo de troca de informação para compreender e tratar os rumores, percepções e mal-entendidos.</i>	34%	42%	10%	0%	14%
C11: Pontos de entrada							
C11.1	Capacidades básicas necessárias de forma permanente nos aeroportos, portos e postos de fronteira específicos	<i>Os pontos de entrada foram devidamente especificados e tinham a capacidade de fornecer serviços médicos e diagnósticos com pessoal e recursos adequados</i>	14%	46%	20%	4%	16%
C11.2	Ação de saúde pública eficiente nos pontos de entrada	<i>Os planos de emergência existentes para emergências de saúde pública nos pontos de entrada têm sido utilizados de forma eficiente para fazer face ao evento</i>	28%	46%	10%	2%	14%
C12: Eventos de origem química							
C12.1	Recursos para a detecção e alerta	<i>O serviço de toxicologia ou centro de controlo de envenenamento efetivamente detetou o evento e houve capacidade laboratorial para confirmar o evento químico</i>	NA	NA	NA	NA	NA
C13: Situação de Emergência Radio-nuclear							
C13.1	Capacidade e recursos	<i>Houve uma vigilância para detectar as possíveis situações de emergências radiológicas no local, bem como os mecanismos de coordenação e recursos (incluindo os recursos humanos) para intervir</i>	NA	NA	NA	NA	NA

ATIVIDADES-CHAVE

Na Sessão 4, os grupos identificaram e desenvolveram atividades-chave com base nos desafios, melhores práticas e fatores causais identificados durante a Sessão 3. As seguintes dez atividades-chave foram identificadas:

COORDENAÇÃO

- ❖ Disponibilizar vagas para especializações de profissionais em áreas específicas como Epidemiologia, Entomologia, Saúde Pública, Infeciologia, Neonatologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia;
- ❖ Elaborar um manual de boas práticas e orientações para seguimento dos pacientes com microcefalia por Zika.

VIGILÂNCIA E LABORATÓRIO

- ❖ Disponibilizar condições para o adequado funcionamento do Laboratório de Virologia
- ❖ Estabelecer protocolos com as companhias aéreas para transporte das amostras

GESTÃO DE CASOS

- ❖ Garantir a assistência multidisciplinar uma vez por mês em cada concelho/ilha
- ❖ Elaboração de um plano de formação para profissionais de saúde em relação à deteção de situações anormais e a comunicação

LUTA ANTIVETORIAL

- ❖ Reforçar e capacitar os agentes de luta antivetorial
- ❖ Reforçar e supervisionar as condições de Luta anti larvar (LAL)

AÇÕES DE COMUNICAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO

- ❖ Elaborar um plano geral de comunicação de risco
- ❖ Elaborar um plano de gestão de recursos humanos para atividades de mobilização social e comunicação

COORDENAÇÃO

- Disponibilização de recursos técnicos e financeiro para realização de exercício de simulação
- Construir um centro de luta antivetorial
- Realizar estudo de sensibilidade do vector a insecticida a cada dois anos
- Rever e atualizar o plano nacional de recursos humanos para a área da saúde
- Disponibilização de vagas para contratação de técnicos para laboratório, fonodólogo, pescomotricidade, fisioterapia e assistente social
- Elaboração de protocolo as grávidas com suspeita ou infeção pelo vírus Zika
- Recrutar agentes de luta antivetorial e agentes de sensibilização
- Elaborar o plano de comunicação de risco e vigilância
- Atualizar de procedimentos de comunicação entre serviços
- Supervisionar a implementação das normas técnicas nas estruturas de saúde
- Elaboração do manual de boas práticas e orientações para seguimento dos pacientes com micricefalia por Zika
- Disponibilizar vagas para especializações de profissionais em áreas específicas Epidemiologia / Entomologia / Infeciologia

VIGILANCIA E LABORATÓRIO

- Estabelecer protocolos com as companhias aéreas para transporte das amostras
- Capacitação dos técnicos de laboratório em transporte de material biológico
- Capacitação dos técnicos de saúde em vigilância Epidemiológica
- Criação de uma Plataforma informatizada a nível nacional
- Laboratório de virologia devidamente equipado e funcional
- Capacitação dos técnicos de estatística e gestores de dados em gestão de dados
- Realização de exercício de avaliação conjunta sobre RSI
- Supervisão formativa interna na sensibilização para o preenchimento correcto e completo das fichas
- Recrutamento de técnicos de estatísticas de saúde, laboratório capacitados

- Recrutamento/ Formação de técnicos em Epidemiologia
- Formação/reciclagem dos técnicos de laboratório em arboviroses e outros
- Capacitação/formação dos técnicos das companhias de transporte das amostras
- Instalação da Coordenação da Instância Nacional de uma só saúde

GESTÃO DE CASOS

- Informatização das urgências dos hospitais e Delegacia de Saúde
- Elaboração de um plano de formação para profissionais de saúde em relação à deteção de situações anormais e a comunicação
- Garantir a assistência multidisciplinar uma vez por mes em cada concelho/ilha
- Incluir serologias para Zika e TORCH no protocolo de assistência pré-natal a nível nacional
- Adopção de um protocolo nacional de abordagem de más formações congénitas
- Elaboração de uma lista de medicamentos necessários ao tratamento das grávidas e crianças infectadas que não se encontrem na lista nacional de medicamnetos
- Elaboração de um protocolo Nacional de assistência às crianças expostas ao Virus Zika
- Elaboração de um circuito de entrega dos resultados dos Exames Laboratoriais
- Implementar a ecografia morfológica obrigatória a 100% das grávidas no segundo Trimestre de gravidez
- Elaboração de um protocolo nacional de assistência a gestantes infectadas pelo Virus Zika

LUTA ANTIVETORIAL

- Encontro de sensibilização e mobilização de novos parceiros nacionais e internacionais.
- Reforço de encontros de planificação
- Reforço de supervisão
- Pulverização
- Luta antilarvar (LAL)
- Reforço e capacitação dos agentes

- Promoção da campanha de limpeza
- Formação em controlo e gestão do stock
- Formação de técnicos de planificação
- Construção e adaptação do espaço para os agentes de LAV
- Estudo sobre a bioecologia dos vetores
- Controlo de qualidade dos inseticidas
- Formação de técnico em gestão de dados

AÇÕES DE COMUNICAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO

- Produção de materiais gráficos e audiovisuais adaptados à população com necessidades especiais
- Realizar Estudo do impacto das intervenções comunitárias e dos materiais produzidos
- Elaboração de plano geral de comunicação de risco
- Elaboração de plano de deslocação às localidades rurais
- Criação de agenda de comunicação das comissões municipais de saúde
- Elaboração de um plano de gestão de recursos humanos para actividades de mobilização social e comunicação

PRÓXIMOS PASSOS E CONCLUSÕES

A Revisão Após-Ação (RAA) da resposta à epidemia de Zika em Cabo Verde foi conduzida com sucesso graças à contribuição de todos os participantes. Constituiu uma oportunidade para compartilhar experiências e identificar as melhores práticas, desafios e atividades prioritárias a serem implementadas para reforçar a preparação, detecção e resposta a potenciais epidemias no futuro, especialmente aquelas transmitidas por mosquitos, e outras emergências de saúde pública em Cabo Verde.

Este relatório servirá para sensibilizar os *stakeholders* para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) através das recomendações obtidas no final desta RAA.

ANEXOS

ANEXO 1: DISTRIBUIÇÃO DE PARTICIPANTES POR GRUPO

Grupo 1 - Coordenação

Nº	Nomes	Função/ Departamento / Instituição	Papel no grupo
1	Ullardina Furtado	DS Praia	Facilitadora
2	Jessica Ramos	DNS	Relatora
3	António Moreira	Coordenador do PNLP-DNS	Membro
4	Sandra Brito	DS São Domingos	Membro
5	Ludmilde Tavares	HR Santa Rita Vieira	Membro
6	Maria do Céu Teixeira	HAN	Membro
7	Elisângela Tavares	DS de Santa Catarina	Membro
8	Marise Lima	CS Ponta d'Água / DS Praia	Membro
9	Carla do Rosário	CS Achada Grande Trás / DS Praia	Membro
10	Jandira dos Santos	CS Fazenda / DS Praia	Membro
11	Nira Dias	CS Tira Chapéu / DS Praia	Membro
12	H Elga Fontes	DS São Filipe	Membro
13	Jacira Varela	CS Cidade Velha / DS Praia	Membro
14	Yorleydis Rosabal Perez	SAISCAMH / DNS	Membro
15	Vaneusa R. Borges	PNSSR / DNS	Membro
16	Maria da Luz Lima	INSP	Membro
17	Joana Alves	DS São Filipe	Membro

Grupo 2 - Vigilância e Laboratório

Nº	Nomes	Função/ Departamento / Instituição	Papel no grupo
1	Ngibo Fernandes	INSP	Facilitadora
2	Alcinda Ramos	SVIRE/ DNS	Relatora
3	Helga Barros	DS Praia	Membro
4	Menilita Varela dos Santos	Laboratório Virologia / INSP	Membro
5	Lucília Semedo	DS Santa Cruz	Membro

6	José Belmiro Tavares	CSSLO/ DS Santa Cruz	Membro
7	Leidiza Tavares	Laboratório Virologia / INSP	Membro
8	Júlio Lima	CS Tira Chapéu / DS Praia	Membro
9	Elisabeth Mosso	CSP/DSSC	Membro
10	Ariana Tavares	CSSLO/ DS Santa Cruz	Membro
11	Hilária Pina	DSSC	Membro
12	Elga Fontes Badiane	CS ASA/ DS Praia	Membro
13	Elsa Almeida	CS ASA/ DS Praia	Membro
14	Marta Freire	CS Fazenda/ DS Praia	Membro

Grupo 3 - Gestão de casos

Nº	Nomes	Função/ Departamento / Instituição	Papel no grupo
1	Jorge Barreto	SPCDP/ DNS	Facilitador
2	Edna Moniz	Médica Pediatra	Relatora
3	Antonia R. Fortes	Neurologia / HAN	Membro
4	Jailson Monteiro	Laboratório Virologia / INSP	Membro
5	Ludmila Miranda	DS São Miguel	Membro
6	Antónia Oliveira Costa	DS Tarrafal	Membro
7	Sarmento Rodrigues	DS Tarrafal	Membro
8	Paulo Jorge Tavares	Pediatria /HR Santa Rita Vieira	Membro
9	Carla Brito e Silva	H. São Francisco Assis / Fogo	Membro
10	Jacqueline Suarez	H. São Francisco Assis / Fogo	Membro
11	Linette Fernandes	Banco de Sangue / HAN	Membro
12	António Cruz	Neonatologia / HAN	Membro
13	Yolanda Landim	Maternidade / HAN	Membro
14	Maria Dias	Maternidade / HAN	Membro
15	Sandra Lobo	Pediatria / HAN	Membro
16	Maria de Lourdes Carvalho	CS Ponta de Água / DS Praia	Membro

Grupo 4 – Luta antivetorial

Nº	Nomes	Função/ Departamento / Instituição	Papel no grupo
1	Adilson De Pina	CCS-SIDA	Facilitador
2	Jaelsa Moreira	DS Praia	Relator
3	Antonio Veiga	DS Praia	Membro
4	Antonio Semedo	DSSC	Membro
5	Marcelino Lopes Teixeira Junior	DS Mosteiros	Membro
6	Liliane Hungria Silva	DS Mosteiros	Membro
7	Benilde Silva	DS Maio	Membro
8	Adilson Araújo de Pina	DS São Filipe	Membro
9	Ivanilda S. Costa	CS Picos	Membro
10	José Belmiro Tavares	CSSLO / DS Santa Cruz	Membro
12	Krisia Delgado	DS Boa Vista	Membro
15	José Manuel Sena	CS Cidade Velha /DSP	Membro
16	Lucília Levy	CS Achada Grande Trás / DSP	Membro
17	Salete Semedo	DS São Domingos	Membro
18	Sónia Elisabete Correia	DS São Filipe	Membro

Grupo 5 - Comunicação, Mobilização Social e Engajamento Comunitário

Nº	Nomes	Função/ Departamento / Instituição	Papel no grupo
1	Osvaldina Brito	Gabinete Ministro/MSSS	Facilitador
2	Argentina Fortes	INSP	Facilitador
3	Jacque Morais	HR Santa Rita Vieira	Membro
4	Fátima Gonçalves	DSSC	Membro
5	Lucilia Semedo	DSSC	Membro
6	Hilária Pina	DSSC	Membro
7	José Gomes Cardoso	DS São Miguel	Membro
8	Ariana Tavares	DS São Lourenço Órgãos	Membro
9	Maria José Monteiro Brito	DS Maio	Membro

10	Raquel Silva	DS Boa Vista	Membro
11	Maria Páscoa Silva	DS Mosteiros	Membro
12	Paula Azevedo Ramos	CARITAS CV	Membro
13	Antonio Palazuelos	OMS	Membro
14	Odair Carvalho	CS Fazenda / DS Praia	Membro

ANEXO 2: AGENDA

REVISÃO PÓS AÇÃO DA EPIDEMIA ZIKA EM CABO VERDE

Praia Mar Hotel

25 de Fevereiro – 1 de Março 2019

Dia: 1 Formação dos facilitadores nacionais

Data: 25 de Fevereiro de 2019

Horário: 09:00 – 16:00

HORÁRIO	SESSÃO	RESPONSÁVEL
09:00 - 10:30	Encontro WR Encontro Ministério da Saúde	OMS Ministério da Saúde e da Segurança Social
10:00-12:30	Introdução da equipa da AAR Revisão da agenda Metodologia Papéis e responsabilidades	OMS Ministério da Saúde e da Segurança Social
12:30-14:00	Almoço	
14:00-16:00	Metodologia Papéis e responsabilidades Resultados esperados Relatório Constituição dos grupos Finalização da instalação da sala	OMS Ministério da Saúde e da Segurança Social

Dia: 2 **Data:** 26 de Fevereiro de 2019

Horário: 08:00 – 17:30

HORÁRIO	SESSÃO	RESPONSÁVEL
08 :00 - 08:30	Registo dos participantes	Administração
08:30-08:45	Boas-vindas	OMS Ministério da Saúde e da Segurança Social
09:00-09:15	Apresentação sobre a AAR da resposta à epidemia Zika em Cabo Verde	Ministério da Saúde e da Segurança Social
09:15-10:30	Introdução da metodologia AAR <ul style="list-style-type: none">• Objetivos• Alcance• Resultados esperados• Agenda• Designação dos relatores diários• Anúncio dos grupos de trabalho	Facilitador principal da RAA
10:30-11:00	Coffee-break	Administração
11:00-12:00	Sessão 1 – Encenação <i>Em grupos de trabalho : Identificação do que estava em vigor antes da resposta</i>	Facilitadores dos grupos
12:00-13 :00	Sessão 1 – Encenação [relatório] <i>Em plenário : Identificação do que estava em vigor antes da resposta</i>	Facilitadores dos grupos
13:00-14:00	Almoço	Administração
14:00-15:30	Sessão 2 – O que aconteceu durante a resposta <i>Em grupos de trabalho : construção da cronologia da resposta à epidemia Zika em Cabo Verde</i>	Facilitadores dos grupos
15:30-16:00	Coffee-break	Administração
16:00-17:15	Sessão 2 – O que aconteceu durante a resposta [relatório] <i>Em plenário : construção da cronologia da resposta à epidemia Zika em Cabo Verde</i>	Facilitadores dos grupos
17:15-17:30	Avaliação do primeiro dia	Facilitador principal da RAA

Dia: 3 **Data:** 27 de Fevereiro de 2019

Horário: 09:00 – 17:15

HORÁRIO	SESSÃO	RESPONSÁVEL
09:00-09:15	Relatório do primeiro dia (1 página com os principais elementos)	Relator
09.15 – 09.30	Apresentação dos resultados da avaliação independente da resposta à epidemia Zika	Responsável da equipa de avaliação independente
09:30-10:30	<i>Sessão 3 – O que correu bem? O que não correu tão bem? E porque?</i> <i>Em grupos de trabalho : identificação das melhores práticas, desafios, impactos sobre a resposta e os fatores propícios e limitantes em causa</i>	Facilitadores dos grupos
10:30-11:00	Coffee-break	Administração
11.00-13.00	<i>Sessão 3 – O que correu bem? O que não correu tão bem? E porque? [cont.]</i> <i>Em grupos de trabalho : identificação das melhores práticas, desafios, impactos sobre a resposta e os fatores propícios e limitantes em causa</i>	Facilitadores dos grupos
13:00-14:00	Almoço	Administração
14:00-15:00	<i>Sessão 3 – O que correu bem? O que não correu tão bem? E porque? [relatórios]</i> <i>Em plenário : World Café identificação das melhores práticas, desafios, impactos sobre a resposta e os fatores propícios e limitantes em causa</i>	Facilitadores dos grupos
15:00-15:30	Coffee-break	Administração
15:30-17:00	<i>Sessão 4 – O que pode ser feito para reforçar a resposta a próxima vez?</i> <i>Em grupos de trabalho : identificação das atividades prioritárias</i>	Facilitadores dos grupos
17:00-17:15	Avaliação do segundo dia	Facilitador principal da RAA

Dia: 4 Data:28 de Fevereiro de 2019

Horário: 09:00 – 17:00

HORÁRIO	SESSÃO	RESPONSÁVEL
09:00-09:15	Relatório do segundo dia	Relator/participante
09:15-10:00	<i>Sessão 4 – O que pode ser feito para reforçar a resposta a próxima vez? [cont.]</i> <i>Em grupos de trabalho : identificação das atividades prioritárias</i>	Facilitadores dos grupos
10 :00-10.30	<i>Sessão 4 – O que pode ser feito para reforçar a resposta a próxima vez?</i> <i>Em grupos de trabalho : avaliar o nível de impacto e a dificuldade de implementação das atividades</i>	Facilitadores dos grupos
10:30-11:00	Coffee-break	Administração
11.00 -12.00	<i>Sessão 4 – O que pode ser feito para reforçar a resposta a próxima vez?</i> <i>Em plenário : World Café – relatórios dos grupos de trabalho sobre as atividades prioritárias e finalizações dos trabalhos de grupo</i>	Facilitadores dos grupos
12:00-12:30	<i>Sessão 5 – Seguir em frente</i> <i>Em plenário : Priorização das atividades</i> Facilitadores dos grupos	Facilitadores dos grupos
12:30-13 :30	Almoço	Administração
13:30-14:30	<i>Sessão 5 – Seguir em frente</i> <i>Em plenário : como garantir a implementação das atividades prioritárias</i>	Facilitadores dos grupos
14:30-15:00	Coffee-break	Administração
15:30-16:00	Encerramento e avaliações da RAA	Facilitador principal da RAA

Dia: 5

Data: 1 de Março de 2019

Horário: 08:00 – 16:00

HORÁRIO	SESSÃO	RESPONSÁVEL
08 :00 - 12:30	Debriefing da análise após ação Redação do relatório inicial	OMS Ministério da Saúde e da Segurança Social
12:30-14:00	Almoço	Administração
14:00-16:00	Redação do relatório inicial	OMS Ministério da Saúde e da Segurança Social

ANEXO 3: AVALIAÇÃO DO WORKSHOP PELOS PARTICIPANTES

Um total de 54 participantes do workshop completou uma ficha de avaliação com foco em 3 áreas: o RAA e seus objetivos, a metodologia do RAA e as questões do RAA. A escala usada é 1 (baixa) a 5 (alta).

Q1. Em uma escala de 1 (baixa) a 5 (alta), quão bem o RAA atingiu seus objetivos?

Mais de 90% dos participantes estimaram que o RAA permitia totalmente ou fortemente;

Identifique os desafios e lacunas encontrados durante a resposta;

O RAA permitiu aos participantes identificar os desafios e deficiências observados durante a resposta
Compartilhar experiências e melhores práticas

RAA permitiu aos participantes compartilhar experiências e melhores práticas da resposta

63% dos participantes estimaram que o RAA permitia totalmente ou fortemente

O RAA ajudou a fortalecer a colaboração e coordenação interdisciplinar entre os atores da saúde em resposta a uma emergência

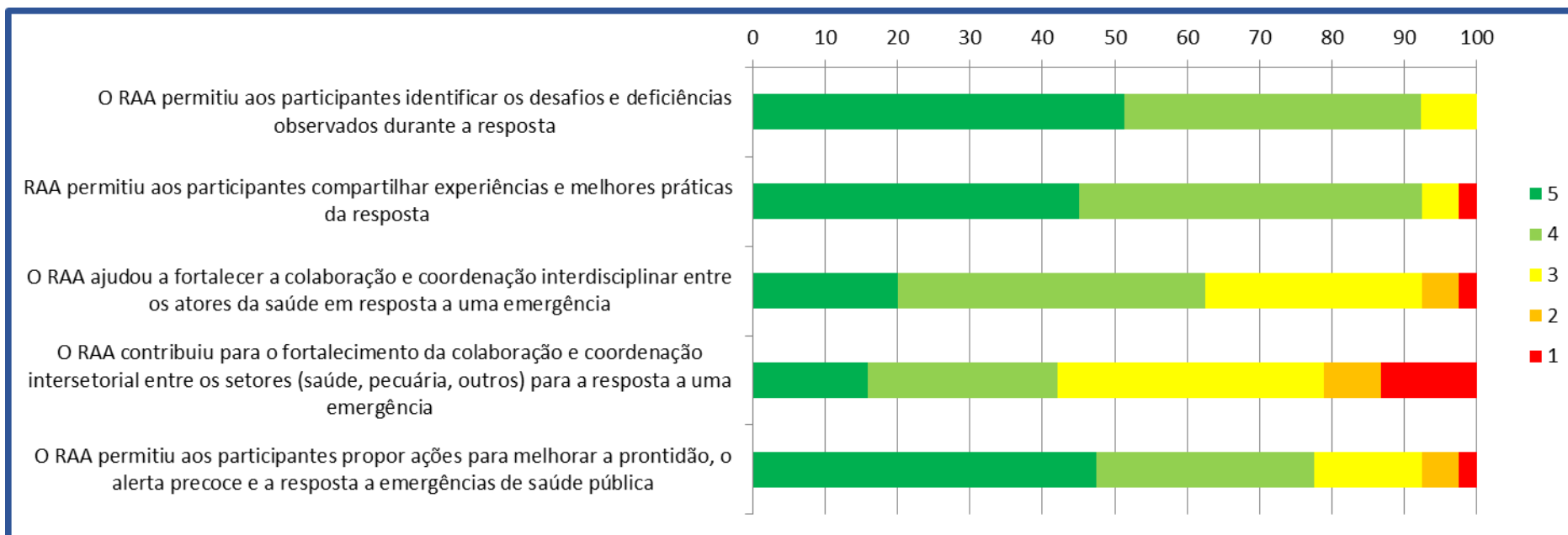
42% dos participantes estimaram que o RAA permitia totalmente ou fortemente

O RAA contribuiu para o fortalecimento da colaboração e coordenação intersetorial entre os setores (saúde, pecuária, outros) para a resposta a uma emergência

78% dos participantes estimaram que o RAA permitia totalmente ou fortemente:

O RAA permitiu aos participantes propor ações para melhorar a prontidão, o alerta precoce e a resposta a emergências de saúde pública

Os resultados de todos os participantes são apresentados nos gráficos abaixo:



Q2. Em uma escala de 1 (baixa) a 5 (alta), qual foi a eficácia da metodologia RAA para alcançar os objetivos?

90% - As apresentações sobre a metodologia e o processo do workshop do RAA foram claras e úteis

77% - Sessão 1 - Encenação (Dia 1) - "o que existia antes da resposta" - foi eficaz no cumprimento dos objetivos do RAA

84% - Sessão 2 - "O Que Aconteceu Durante a Resposta" (Dia 1) - Cronologia - Foi Eficaz na Obtenção de Objetivos do RAA

87% - Sessão 3 - "O que funcionou bem"? "O que funcionou menos bem"? E por quê? (Dia 2) - foi eficaz

68% - Sessão 4 - "O que pode ser feito para fortalecer ou melhorar a resposta da próxima vez"? (Dia 2) - foi eficaz

87% - Sessão 5 - "Avançando! (Dia 3) - foi eficaz

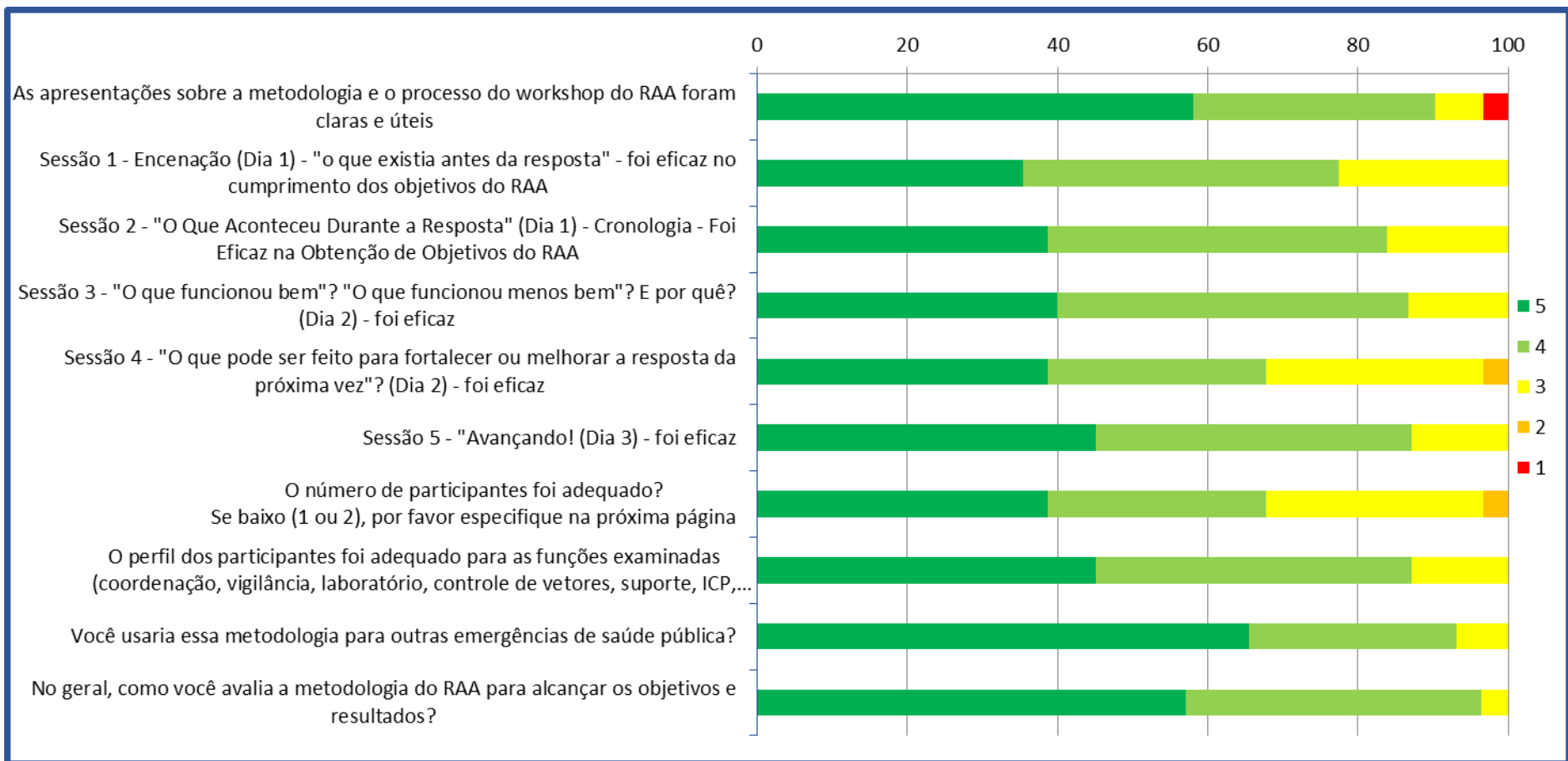
68% - O número de participantes foi adequado? Se baixo (1 ou 2), por favor especifique na próxima página

87% - O perfil dos participantes foi adequado para as funções examinadas (coordenação, vigilância, laboratório, controle de vetores, suporte, ICP, logística e comunicação)? Se baixo (1 ou 2), por favor especifique abaixo

94% - Você usaria essa metodologia para outras emergências de saúde pública?

96% - No geral, como você avalia a metodologia do RAA para alcançar os objetivos e resultados?

Os resultados de todos os participantes são apresentados nos gráficos abaixo:



Q3. No geral, como você avalia a metodologia RAA para alcançar os objetivos e resultados?

89% Fortalecer a capacidade de resposta?

96% Fortalecer plataformas e mecanismos de coordenação?

97% Contribuir para ajudar a fortalecer os planos de preparação e resposta?

87% Capacitando indivíduos para melhor apreciar os desafios da resposta de emergência?

Os resultados de todos os participantes são apresentados nos gráficos abaixo:

