

SC13699

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone +251115- 517700 Fax: +251115- 517844
Website: www.africa-union.org

CONFERÊNCIA DA UNIÃO

Vigésima Quarta Sessão Ordinária

30 - 31 de Janeiro de 2015

Adis Abeba, Etiópia

Assembly/AU/4(XXIV)

Original: Inglês

**RELATÓRIO DA COMISSÃO SOBRE A MODALIDADE, ESTRUTURA,
IMPLICAÇÕES FINANCEIRAS E JURÍDICAS DA CRIAÇÃO DO CENTRO
AFRICANO DE CONTROLO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS (CACPD)**

RELATÓRIO DA COMISSÃO SOBRE A MODALIDADE, ESTRUTURA, IMPLICAÇÕES FINANCEIRAS E JURÍDICAS DA CRIAÇÃO DO CENTRO AFRICANO DE CONTROLO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS (CACPD)

1. Durante a Cimeira Especial da União Africana sobre VIH e SIDA, Tuberculose e Malária (STM), realizada em Abuja, em Julho de 2013, os Chefes de Estado e de Governo reconheceram a necessidade da criação de um Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CACPD) para levar a cabo pesquisas sobre os problemas de saúde prioritários em África e servir como uma plataforma para partilhar conhecimentos e desenvolver capacidades de resposta a ameaças e emergências de saúde pública. Neste contexto, a Conferência solicitou à Comissão para que elaborasse as modalidades de criação de um Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças.
2. A solicitação foi reiterada através da decisão Assembly/AU/Dec.499 (XXII), emanada da 22.^a Sessão Ordinária da Conferência da União Africana (UA), realizada em Adis Abeba, Etiópia, em Janeiro 2014, que reiterou a urgência de criar o Centro. Através da mesma decisão, a Comissão da UA foi ainda solicitada, em colaboração com o Governo da Etiópia e de outros Estados-membros interessados, a apresentar um relatório à Conferência até Janeiro de 2015, que incluía as implicações jurídicas, estruturais e financeiras da criação do Centro.
3. Durante a 1.^a reunião dos Ministros Africanos da Saúde, co-organizada pela Comissão e OMS, realizada em Luanda, Angola, nos dias 16 e 17 de Abril de 2014, os Ministros comprometeram-se com o seguinte:
 - i. *implementação da Decisão da UA Assembly/AU/Dec.499 (XXII), que salienta a urgência de criação do Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CACPD), reconhecendo ao mesmo tempo os centros de excelência regionais existentes;*
 - ii. *criação de um grupo de trabalho multinacional até Maio de 2014 para definir as modalidades e elaborar o roteiro para a criação do CACPD, incluindo as implicações, jurídicas, estruturais e financeiras relativas ao Centro.*
4. Em seguida, os Ministros solicitaram à Comissão e à OMS, em colaboração com os intervenientes relevantes, para que prestassem apoio técnico para a criação do CACPD.
5. O surto do Ébola que eclodiu na África Ocidental chamou a atenção para a necessidade de acções e constitui um estímulo para acelerar a criação do CACPD para a detecção, prevenção e resposta imediata à doenças. Consequentemente, durante a 16.^a Sessão Extraordinária do Conselho Executivo da União Africana sobre o Ébola, realizada em Adis Abeba, a 8 de Setembro de 2014, o Conselho decidiu, entre outras coisas, solicitar à Comissão a: *tomar todas as medidas necessárias para a criação rápida de um*

Centro de Africano de Controlo e Prevenção de *Doenças*, em conformidade com a *Decisão Assembly/ AU/Dec.499 (XXII)* sobre a criação do Centro; e assegurar o funcionamento do CACPD, bem como a criação de centros regionais até meados de 2015.

6. Em conformidade com o mandato acima dos Órgãos Deliberativos da União, o presente Relatório é submetido à Conferência, através do Conselho Executivo, para fins de análise e aprovação.

Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CACPD)

RELATÓRIO DA COMISSÃO

SOBRE

A MODALIDADE, ESTRUTURA E IMPLICAÇÕES
FINANCEIRAS DA CRIAÇÃO DO CAPCD

Índice

Índice.....	1
Índice de Figuras.....	1
I. Introdução	3
II. Mandato	4
III. CACPD: Visão, Missão, & Princípios Orientadores.....	6
IV. Estrutura do CACPD: Gestão/Instituição & Operações	7
V. Fases de Desenvolvimento do CACPD (Propostas).....	12
VII. Aspectos jurídicos.....	15
VIII. Infra-estruturas necessárias.....	15
IX. Implicações financeiras.....	15

Índice de Figuras

Figura 1. Gestão do CACPD	8
Figura 3. Critérios propostos para os Centros Regionais Colaboradores	9
Figura 2. Relação Operacional do CACPD com os Centros Regionais Colaboradores e Parceiros	11

LISTA DE ACRÓNIMOS

CACPD	Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças
AFENET	Rede Africana de Epidemiologia de Campo
ASEOWA	Apoio da União Africana à Luta contra o Surto do Ébola na África Ocidental
ASLM	Sociedade Africana de Medicina Laboratorial
UA	União Africana
CUA	Comissão da União Africana
CCCPD	Centro Chinês de Controlo e Prevenção de Doenças
DHIS	Sistema Distrital de Informação sobre a Saúde
DAS	Departamento de Assuntos Sociais
VBE	Vigilância Baseada em Eventos
CECPD	Centro Europeu de Controlo e Prevenção e de Doenças
COE	Centro de Operações de Emergência
OESP	Operações Essenciais em Saúde Pública
EPR	Prevenção e Resposta a Situações de Emergência
EWAR	Aviso e Resposta Precoces
FELTP	Programa de Formação em Epidemiologia e Laboratório de Campo
GOARN	Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos
IANPHI	Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada a Doenças
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
GI	Gestão de Incidentes
SGI	Sistema de Gestão de Incidentes
NPHI	Instituição Nacional de Saúde Pública
GCJ	Gabinete do Conselheiro Jurídico
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
CRP	Comité de Representantes Permanentes
SHOC	Centro de Operações Estratégicas em Saúde
CR	Centros Regionais
CCPDEU	Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
OMS	Organização Mundial da Saúde

CENTRO AFRICANO DE CONTROLO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

I. Introdução

1. A transmissão de doenças epidémicas nos e entre os países chamou a atenção para a necessidade de reforçar as nossas capacidades de prevenção e controlo de doenças em África. A cooperação transfronteiriça, transnacional e intercontinental, que actualmente se tornou o ponto de referência para o controlo e prevenção efectiva de doenças transmissíveis no século 21, continua a ser a abordagem mais eficiente em termos de custos. Além disso, a epidemiologia dessas doenças vária de país para país e de uma região para outra.

2. Tanto as doenças transmissíveis como as não transmissíveis contribuem significativamente para a morbidade e mortalidade em África. Além disso, África continua a enfrentar frequentes emergências naturais e de origem humana que muitas vezes levam a catástrofes.

3. Os Estados-membros envidaram esforços significativos para a contenção e mitigação do impacto negativo decorrente destas doenças, condições e eventos, através da adopção e implementação de políticas estratégicas. Estas incluem a vigilância, controlo e prevenção de doenças, bem como o reforço dos sistemas de saúde e prevenção e resposta a catástrofes, resultando num progresso significativo. As medidas específicas que foram implementadas incluem a implementação da estratégia de Vigilância e Resposta Integrada a Doenças (IDSR), do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) e de outras resoluções e iniciativas destinadas ao controlo e prevenção de situações de emergência.

4. Apesar dos progressos registados, permanecem ainda desafios relativos à abordagem da prevenção e controlo de doenças tais como infra-estruturas precárias e capacidades humanas inadequadas, sistemas de vigilância de doenças e serviços de investigação laboratorial deficientes, bem como atrasos e inadequação da prevenção e resposta a situações de catástrofes e emergência de saúde.

5. Tendo em conta todos estes desafios enfrentados pelo continente africano e a necessidade de um quadro de responsabilização para a segurança em matéria de saúde e, conseqüentemente, proteger os cidadãos africanos e não só, há necessidade premente de pôr em prática uma estrutura para apoiar os países africanos nos seus esforços para responder efectivamente a situações de emergência, abordar desafios de saúde complexos e desenvolver a capacidade necessária.

6. O Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CACPD), como uma instituição africana, irá fornecer uma plataforma robusta para coordenação técnica, que irá, por fim, reforçar a prevenção, a vigilância e as intervenções no domínio de saúde pública em todo o continente. Além disso, o CACPD proposto vai desenvolver a capacidade necessária para responder a situações de emergências de saúde pública, incluindo surtos, catástrofes provocadas pelo homem e naturais e eventos em matéria de saúde pública de interesse regional e internacional.

II. Mandato

7. Durante a Cimeira Especial da União Africana sobre VIH e SIDA, Tuberculose e Malária (STM), realizada em Abuja, em Julho de 2013, os Chefes de Estado e de Governo reconheceram a necessidade da criação de um Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CACPD) para levar a cabo uma pesquisa sobre os problemas de saúde prioritários em África e servir como uma plataforma para partilhar conhecimentos e desenvolver a capacidade de resposta a ameaças e emergências de saúde pública. Neste contexto, a Conferência solicitou à Comissão para que elaborasse as modalidades de criação de um Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças.

8. A solicitação foi reiterada através da decisão **Assembly/AU/Dec.499 (XXII)**, emanada da 22.^a Sessão Ordinária da Conferência da União Africana (UA), realizada em Adis Abeba, Etiópia, em Janeiro 2014, que reiterou a urgência de criar o Centro. Através da mesma decisão, a Comissão da UA foi ainda solicitada, em colaboração com o Governo da Etiópia e de outros Estados-membros interessados, a apresentar um relatório à Conferência até Janeiro de 2015, que incluía as implicações jurídicas, estruturais e financeiras da criação do Centro. O CDC Africano seria uma entidade criada para apoiar os países africanos a reduzir o seu ónus de doenças, particularmente de doenças transmissíveis, responder a situações de emergência e desenvolver capacidades.

9. Durante a 1.^a reunião dos Ministros Africanos da Saúde, co-organizada pela Comissão e OMS, realizada em Luanda, Angola, nos dias 16 e 17 de Abril de 2014, os Ministros comprometeram-se com o seguinte:

- iii. implementação da Decisão da UA Assembly/AU/Dec.499 (XXII), que salienta a urgência de criação do Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CACPD), reconhecendo ao mesmo tempo os centros de excelência regionais existentes;
- iv. criação de um grupo de trabalho multinacional até Maio de 2014 para definir as modalidades e elaborar o roteiro para a criação do CACPD, incluindo as implicações, jurídicas, estruturais e financeiras relativas ao Centro.

10. Em seguida, os Ministros solicitaram à Comissão e à OMS, em colaboração com os intervenientes relevantes, para que prestassem apoio técnico para a criação do CACPD.

11. O surto do Ébola que eclodiu na África Ocidental chamou a atenção para a necessidade de acções e constitui um estímulo para acelerar a criação do CACPD para a detecção, prevenção e resposta imediata à doenças. Consequentemente, durante a 16.^a Sessão Extraordinária do Conselho Executivo da União Africana sobre o Ébola, realizada em Adis Abeba, a 8 de Setembro de 2014, o Conselho decidiu, entre outras coisas, solicitar à Comissão a:

Tomar todas as medidas necessárias para a criação rápida de um Centro de Africano de Controlo e Prevenção de Doenças, em conformidade com a Decisão Assembly/AU/Dec.499 (XXII) sobre a criação do Centro; e assegurar o funcionamento do CACPD, bem como a criação de centros regionais até meados de 2015, incluindo o reforço dos sistemas de aviso prévio com vista a abordar de forma atempada e eficaz todas as situações de emergência de saúde, a coordenação e harmonização dos regulamentos e intervenções nacionais em

matéria de saúde, bem como a troca de informações sobre experiências e boas práticas.

A. Medidas Tomadas pela Comissão

12. Em conformidade com o mandato acima dos Órgãos Deliberativos da União Africana, a Comissão, com o apoio financeiro e técnico do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CCPDEU) e contribuições técnicas da OMS AFRO, tomou as seguintes medidas:

- Durante a 1.^a reunião dos Ministros Africanos da Saúde, co-organizada pela CUA e OMS, realizada em Luanda, Angola, nos dias 16 e 17 de Abril de 2014, a Comissão apresentou as decisões da Conferência tomadas em Julho de 2013 e Janeiro de 2014. Os Ministros comprometeram-se com a implementação da Decisão da UA Assembly/AU/Dec.499 (XXII), e decidiram criar um Grupo de Trabalho multinacional para definir as modalidades e elaborar o roteiro para a criação do CACPD.
- O Grupo de Trabalho Multinacional foi criado em Junho de 2014. Dezasseis (16) Estados-membros foram seleccionados com base em representação geográfica entre os que manifestaram interesse durante a reunião conjunta da CUA-OMS dos Ministros da Saúde em Abril de 2014 (3 por região, além da Etiópia, em conformidade com a Decisão Assembly/AU/Dec.499 (XXII)). A lista dos Estados-membros e os Termos de Referência (TdR) para o Grupo de Trabalho figuram no Anexo 1 e 8.
- Levou a cabo uma avaliação rápida de todas as instituições similares a um CCPD existentes em África, durante os meses de Junho e Julho de 2014.
- Realizou uma visita de estudo ao CCPD dos EUA em Atlanta, de 6 a 9 de Agosto de 2014, juntamente com peritos dos Estados-membros que nomearam membros para o Grupo de Trabalho Multinacional, em resposta à Nota Verbal da Comissão de 30 de Junho de 2014.
- A 16.^a Sessão Extraordinária do Conselho Executivo sobre o Ébola, realizada a 8 de Setembro de 2014, solicitou à Comissão a acelerar a criação do CACPD e a assegurar a sua entrada em funcionamento até meados de 2015.
- Uma reunião do Grupo de Trabalho Multinacional foi realizada nos dias 29 e 30 de Outubro 2014. O Grupo de Trabalho:
 - Analisou as políticas e os quadros necessários para a criação e funcionamento do CACPD, incluindo termos de referência gerais, infra-estruturas mínimas, capacitação e capacidade de recursos humanos para realizar os objectivos do CACPD;
 - Definiu um roteiro claro com prazos para a criação e funcionamento do CACPD até meados de 2015;
 - Avaliou as implicações financeiras da criação, operacionalização e sustentabilidade do CACPD; e

- Definiu as funções e responsabilidades da CUA, Estados-membros e outros intervenientes, a fim de prestarem apoio à criação e operacionalização do CACPD.

III. CACPD: Visão, Missão, & Princípios Orientadores

A. Visão

Uma África mais segura, mais saudável, integrada e próspera, onde os Estados-membros têm capacidade para prevenir e detectar doenças, bem como responder em conjunto a crises de importância para a saúde pública.

B. Missão

A missão do CACPD é abordar as preocupações prioritárias de saúde pública em África, primeiro através da prevenção e, quando necessário, através da detecção e de respostas. O CACPD servirá também como uma plataforma para os Estados-membros partilharem conhecimentos, partilhar lições, capacitar e prestar assistência técnica um ao outro.

C. Princípios Orientadores

- 1. Liderança:** O CACPD será uma instituição responsável pelo fornecimento de orientação estratégica e promoção de boas práticas em matéria de saúde pública nos Estados-membros, através da capacitação, promoção da melhoria contínua da qualidade dos serviços públicos de saúde, bem como prevenção de ameaças e situações de emergência de saúde pública sempre que possível e, quando não for possível, através do apoio às eventuais respostas de cada Estado-membro.
- 2. Credibilidade.** O ponto mais forte do CACPD será a confiança que irá desenvolver junto dos seus beneficiários e intervenientes como uma instituição reconhecida e baseada em evidências. Poderá desempenhar um papel preponderante na promoção da comunicação e partilha efectiva de informação em todo o continente.
- 3. Apropriação:** O CACPD será uma instituição africana. Os Estados-membros manterão a propriedade do CACPD a nível nacional, tanto através do desempenho de um papel consultivo na definição das prioridades do CACPD como através do seu envolvimento directo nas actividades programáticas.
- 4. Convocação de Reuniões:** Em conformidade com o mandato jurídico conferido através da Declaração da União Africana, o CACPD convocará os representantes dos Estados-membros se um problema de saúde pública tiver implicações transfronteiriças ou regionais. Uma vez reunidos, a liderança do CACPD pode apelar, através dos órgãos da UA, para que os Estados-membros tomem medidas adequadas. O CACPD deve promover a colaboração e envolver os países em parcerias e interações robustas.
- 5. Transparência:** A interacção aberta e a troca de informações sem obstáculos entre o CACPD e os Estados-membros são inerentes à missão do CACPD.
- 6. Responsabilização:** O CACPD prestará contas aos Estados-membros no que diz respeito à gestão e administração financeira.

- 7. Agregação de valor:** Em cada objectivo estratégico, meta ou actividade, o CACPD deve demonstrar como a iniciativa agrega valor às actividades de saúde pública dos Estados-membros e outros parceiros.

D. Objectivos Estratégicos

13. Para reflectir o ambiente dinâmico continental em que o CACPD irá operar, este deve implementar de forma faseada os seguintes Objectivos Estratégicos:
1. Criar plataformas de aviso prévio e vigilância de respostas com vista a abordar de forma atempada e efectiva todas as situações de emergência de saúde;
 2. Apoiar as actividades de prevenção e resposta às situações de emergência de saúde pública;
 3. Apoiar os Estados-membros a colmatar as lacunas no que se refere ao cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005);
 4. Apoiar e/ou levar a cabo um mapeamento e avaliação de riscos a nível nacional e regional para os Estados-membros.

IV. Estrutura do CACPD: Gestão/Instituição & Operações

14. O CACPD será criado como uma instituição especializada da União nos termos do número 2 do Artigo 5º do Acto Constitutivo. Os Princípios Orientadores, Quadro, Objectivos Estratégicos, Estrutura, Mandato e Funções do CACPD serão definidos nos seus Estatutos.

A. Estrutura de Gestão

15. O CACPD terá a seguinte Estrutura de Gestão (Figura 1):
- i. Reunião dos Ministros Africanos da Saúde;
 - ii. Conselho de Administração;
 - iii. Conselho Consultivo;
 - iv. Secretariado do CACPD.
16. O CACPD, a ser criado pelo Gabinete do Conselheiro Jurídico, irá definir a composição e as funções da estrutura de gestão.

Divisão de Controlo e Prevenção de Doenças

17. Uma Divisão de Controlo e Prevenção de Doenças será criada no Departamento de Assuntos Sociais (DAS) para servir como um canal e ligação entre a Comissão e o CACPD. O quadro de pessoal da Divisão será composto de um Chefe, um Funcionário de Política Sénior e Funcionários de Política.

Figura 1. Gestão do CACPD

B. Âmbito das Actividades e Estrutura Operacional (Modus Operandi) do CACPD

18. O CACPD deve ser uma instituição africana que agrega valor e altamente credível. As conjunturas e os problemas que o CACPD poderá enfrentar são enormes, mas o CACPD deve começar, em colaboração com os **Centros Regionais (CR) Colaboradores**, a centrar-se nos seus objectivos estratégicos. O Centro pode ser expandido depois que estiver totalmente estabelecido e mostrado o seu valor. Além dos princípios orientadores, propõe-se o seguinte quadro:

- 1) Desenvolvimento de uma percepção comum no continente que as ameaças de saúde pública nacionais têm um impacto na segurança regional e viabilidade económica.
- 2) Trabalhar com a OMS, outros parceiros multisectoriais como as agências e instituições especializadas da União Africana, parceiros externos como o CCPD dos Estados Unidos (CCPDEU), CCPD da União Europeia (CCPDUE), CCPD da China (CCCPD), bem como os Centros Regionais Colaboradores do CACPD, com vista à implementação faseada dos seus objectivos estratégicos.
- 3) Facilitar o acesso fácil a informações essenciais através (a) da celebração de um acordo continental de partilha de dados, (b) melhoria da qualidade dos dados e (c) desenvolvimento de elementos de dados intermutáveis que iriam ajudar os países a preparar e responder a situações de emergência.

Centros Regionais (CR) Colaboradores do CACPD

19. Na execução e implementação diária dos seus objectivos estratégicos e actividades, o CACPD será apoiado pelos CR colaboradores. O recurso aos CR pode tornar realidade o objectivo de um “CACPD sem fronteiras, que auxilia o continente no local onde o apoio é necessário, e não a partir de um local centralizado e distante. Um mínimo de cinco Centros Regionais Colaboradores serão identificados por ocasião do lançamento do CACPD, a fim de assegurar que cada região (Norte, Oeste, Oriental, Central e Austral) do continente seja representada, embora se espere que o número aumente ao longo do tempo.

20. Uma vez que o CR representa a entidade existente que satisfaz os critérios do CACPD (Figura 3) para a sua selecção como um Centro Regional, a direcção do CR não será necessariamente uma equipa permanente do CACPD. Portanto, a direcção do Centro Regional Colaborador deve ser designada como um **Coordenador Regional do CACPD** dentro da estrutura organizacional do CACPD.

21. Recomenda-se que a selecção dos CR seja feita pelo Conselho de Direcção do CACPD, que tomará em consideração o parecer do Conselho Consultivo. Os seguintes critérios de selecção¹ devem ser considerados para as **organizações** ou **agências** que desejem candidatar-se ao estatuto de CR Colaborador.

¹ Critérios baseados na Rede de Centros de Excelência Africanos da Accordia (<http://www.accordiafoundation.org/what-we-do/network-of-african-centers-of-excellence/index.html>)

- Competência técnica e experiência comprovada em Operações Essenciais em Saúde Pública² (EPHO) que sejam directamente relevantes para os Objectivos Estratégicos do CACPD [ex. vigilância da saúde das populações (EPHO 1) ou monitorização e resposta aos perigos e situações de emergência de saúde (EPHO 2), vide Anexo 7];
- O CR deve ser:
 - Uma instituição governamental existente; ou
 - Uma instituição que apoia de forma significativa os esforços do governo no domínio de saúde pública;
- Sinergia clara entre os objectivos do programa do CR e os objectivos estratégicos do CACPD, que resulte num impacto conjunto maior e no desenvolvimento de capacidades.

22. Critérios adicionais são apresentados na Figura 3. O princípio geral é que cada CR deve agregar valor para a execução dos objectivos estratégicos do CACPD. O Conselho de Direcção irá, em intervalos periódicos não inferiores a 5 anos, avaliar o estado de colaboração dos Centros Regionais, de tal modo que se um determinado Centro Regional não estiver a cumprir com as suas obrigações poderá ser substituído por um Centro Regional mais adequado.

23. Além disso, embora os limites das Comunidades Económicas Regionais não correspondam directamente às cinco regiões geográficas propostas para a selecção de CR, o CACPD pode solicitar parecer às CER sobre as instituições regionais de saúde pública que demonstraram sustentabilidade e sucesso anterior.

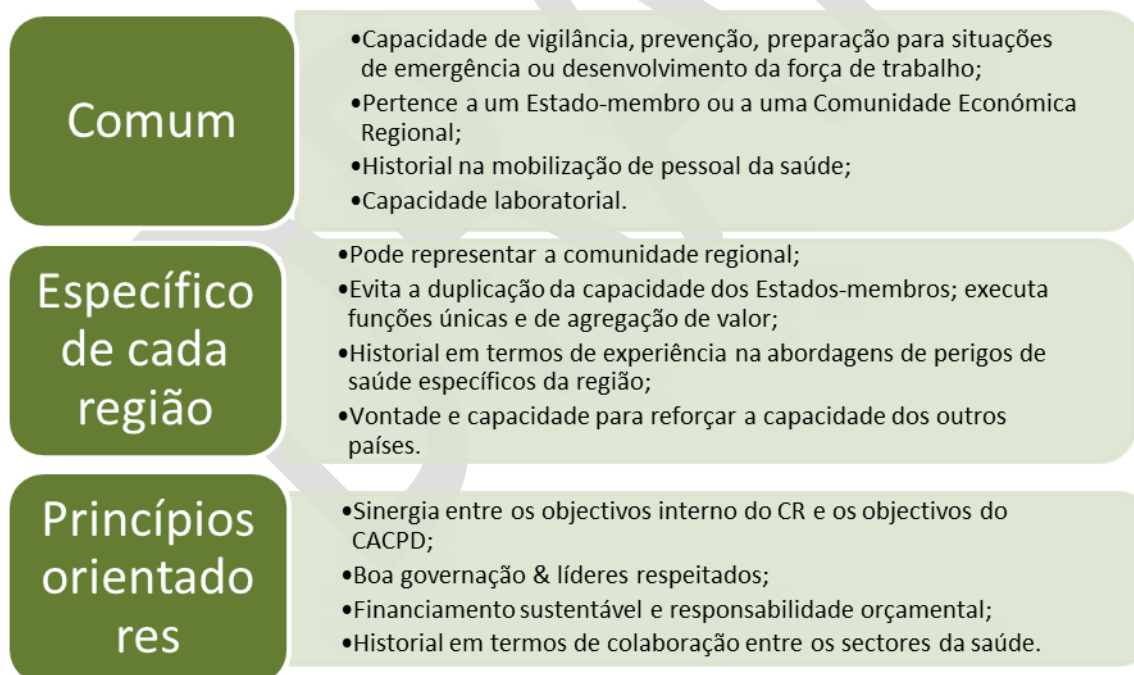


Figura 2. Critérios propostos para os Centros Regionais Colaboradores

² Vide Anexo 3. As Operações Essenciais em Saúde Pública são competências ou acções chave necessárias para melhorar a saúde das populações. A Organização Pan-Americana da Saúde elaborou uma lista de Funções Essenciais de Saúde Pública no início do Século 21. Posteriormente, o Escritório Regional Europeu da OMS publicou uma lista de Operações Essenciais em Saúde Pública (2011). *Saúde global no século 21*. Ulrich Laaser, Helmut Brand. *Glob Health Action*. 2014; 7: 10.3402/gha.v7.23694. Publicado na Internet a 13 de Fevereiro de 2014.

24. Embora o CACPD deva ser responsável pela supervisão estratégica, através do estabelecimento de uma agenda e um plano de trabalho baseado nos objectivos estratégicos acima mencionados, a execução dessas prioridades será provavelmente guiada por consenso e coordenação entre o CR e os Ministérios da Saúde nessa região (A Figura 2 propõe a relação operacional entre o CACPD e os CR). Sempre que a execução da agenda estratégica do CACPD exigir o apoio directo da sede do CACPD, o Coordenador do CR deve submeter o pedido ao Director do CACPD. Em qualquer caso, o CACPD deve estabelecer procedimentos claros para cooperação e colaboração com os Centros Regionais.

Colaboração com a OMS e outros Parceiros Externos

25. O CACPD deve trabalhar em estreita colaboração com os Escritórios Regionais da OMS para África e Mediterrâneo Oriental, a fim de maximizar as sinergias para o reforço da prevenção e monitorização local de doenças, melhorar o diagnóstico laboratorial de agentes patogénicos e reforçar a resposta de emergência a surtos. O CACPD deve também trabalhar em estreita colaboração com a OMS no apoio aos países que satisfazem os requisitos, bem como mostrar que estão adequadamente preparados para responder às ameaças emergentes de doenças infecciosas.

26. Além disso, para fins de colaboração diária, o CACPD poderia criar um **Conselho de Directores de Redes de Saúde Africanas**, que iria oferecer oportunidades de execução de programas transversais e sinérgicos. Essas redes incluem, mas se limitam à: Rede Africana de Epidemiologistas de Campo (AFNET); Sociedade Africana de Medicina Laboratorial (ASLM), Rede Africana de Diagnósticos (ANDI), etc.

27. Para alguns parceiros cujo âmbito de trabalho se assemelha às actividades estratégicas do CACPD, um Memorando de Entendimento entre o parceiro colaborador e o CACPD poderia ajudar a definir as prioridades comuns e o papel exclusivo que cada entidade poderia desempenhar para a execução das referidas prioridades.³

³ Regulamento (EC) No. 851/2004 do Parlamento e do Conselho Europeu de 21 de Abril de 2004, que cria o centro europeu de controlo e prevenção de doenças.

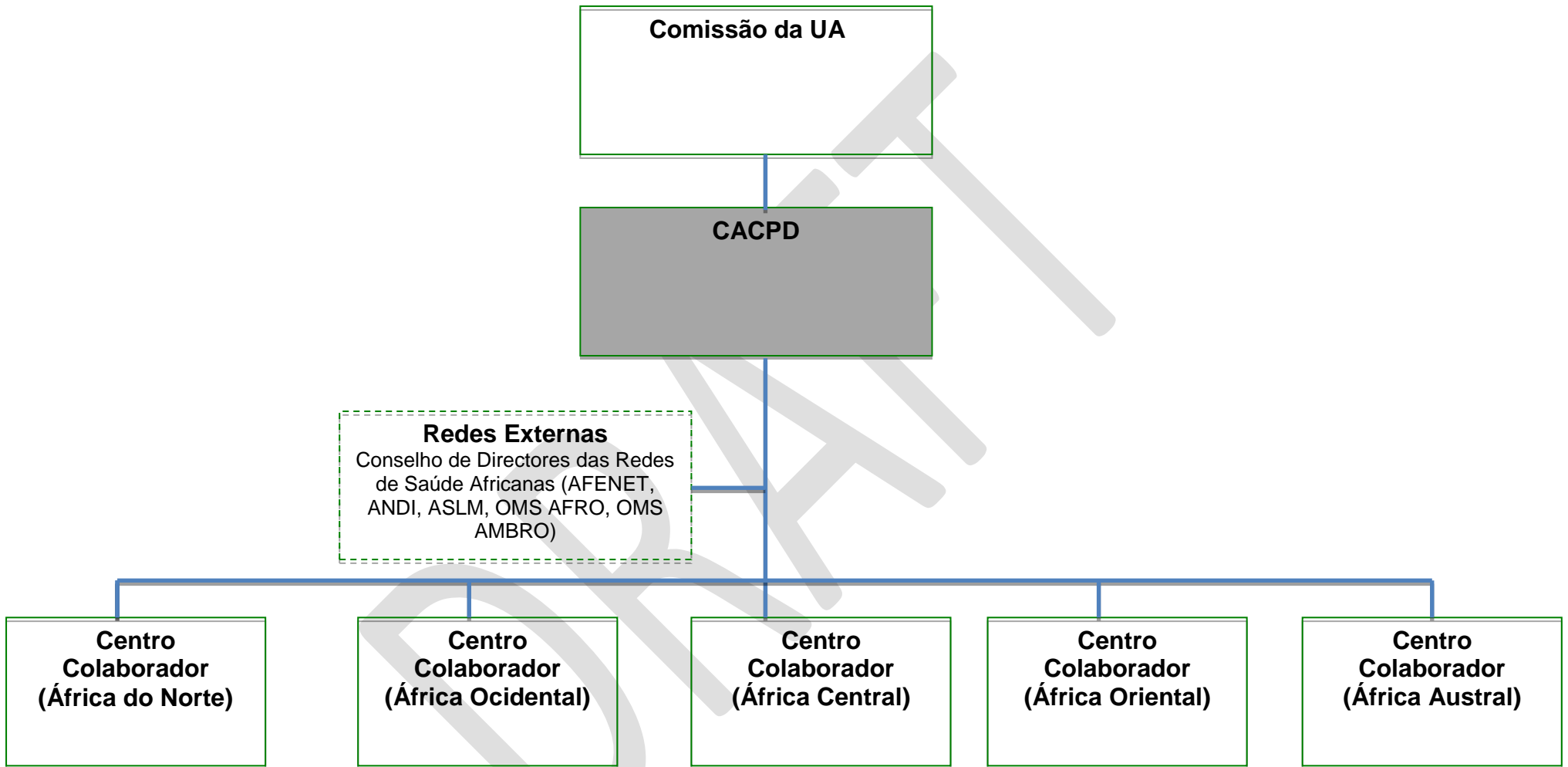


Figura 3. Relação Operacional do CACPD com os Centros Regionais Colaboradores e Parceiros

V. Fases de Desenvolvimento do CACPD (Propostas)

Fase 1

- 6 meses — 1 ano

28. Após a aprovação do Documento Conceptual do CACPD pela Conferência da União Africana, o CACPD deve ser lançado até meados de 2015. Devido ao calendário de contratação e recrutamento da UA, bem como ao fim do período orçamental para o exercício de 2015, será um desafio dotar o novo CACPD de pessoal através do procedimento de recrutamento normal.

29. Assim, o CACPD terá provavelmente de preencher o seu quadro de pessoal (Administrativo e Operacional) através da afectação temporária de pessoal dos Estados-membros e parceiros externos.⁴ Com base nas recomendações do Grupo de Trabalho Multinacional do CACPD, na Fase 1, o CACPD deve primeiro se concentrar na **vigilância baseada em eventos** e apoiar a **preparação e resposta a situações de emergência** através da oferta de formação aos centros de gestão de incidentes e operações de emergência nos Estados-membros.

Calendário para a Fase 1 proposto

Calendário	Actividade	Entidade Responsável
Janeiro de 2015	Conferência da União Africana	
Fevereiro de 2015	Distribuir pedidos de afectação temporária de pessoal dos parceiros e Estados-membros	DAS
Março de 2015	Projecto de Estatutos do CACPD; submeter ao CTE de Justiça e Assuntos Jurídicos	GCJ & DAS
Abril de 2015	Confirmar a afectação temporária de funcionários	
Junho —Julho de 2015	Lançamento do CACPD	

⁴ Os graduados do Programa de Formação em Epidemiologia e Laboratório de Campo de cada uma das cinco regiões de África poderão, por exemplo, ser recrutados como Epidemiologistas da equipa de Vigilância Baseada em Evidências do CACPD. A sua base de conhecimento e experiência de trabalho regional forte poderia ser de grande valia para criar uma ligação viável entre o CACPD e os Estados-membros.

Calendário	Actividade	Entidade Responsável
Julho de 2015	Primeira reunião de planificação estratégica do CACPD; Definir as acções e o calendário para a realização dos objectivos estratégicos do Primeiro Ano (vigilância baseada em evidências; preparação e resposta a situações de emergência)	Conselho de Administração do CACPD Conselho Consultivo do CACPD
Agosto de 2015	Plano de trabalho estratégico anual e detalhado distribuído aos intervenientes do CACPD Período normal de recrutamento dos Recursos Humanos da UA (submeter os TdR e as Descrições de Trabalho)	
Janeiro—Junho de 2016	Início do recrutamento de pessoal permanente	AHRM & DAS

Fase 1 (2.º Ano)

30. No segundo ano, o CACPD deve:
- Apoiar os Estados-membros na revisão das auto-avaliações do cumprimento do RSI;
 - Participar na avaliação de perigos e mapeamentos de riscos para as regiões do CACPD e Estados-membros;
 - Aumentar o número de Centros Regionais Colaboradores;
 - Reforçar e promover actividades a nível das Redes de Parceiros Colaboradores.

Fase 2 (3.º—5.º Ano)

- Reforçar o pessoal dos serviços de saúde pública africano através da formação e desenvolvimento de directrizes para o pessoal dos serviços de saúde pública;
- Desenvolver uma carta jurídica, incluindo os regulamentos conexos, que irá influenciar os níveis de autoridade no que se refere às actividades do Centro de Operações de Emergência do CACPD no continente;
- Investir em infra-estruturas físicas de um Centro de Operações de Emergência;
- Reavaliar os objectivos estratégicos do CACPD.

Fase 3 (5.º—10.º ano)

- Promover e incentivar a pesquisa no domínio da saúde pública;
- Reforçar iniciativas de prevenção primária e secundária;
- Defender as políticas de saúde pública e os estatutos;
- Desenvolver a reputação do CACPD como um recurso “De Primeira” no que diz respeito ao desenvolvimento de competências no assunto em questão, laboratórios com capacidades especiais e conhecimento dos recursos do continente no que se refere a preparação para fazer face a situações de surtos (vacinas, reagentes para diagnósticos, kits de testes, equipamento para protecção pessoal).

C. Recursos Humanos e Infra-estruturas

31. Esta secção fornece uma visão geral sobre os recursos humanos mínimos e infra-estruturas necessários para o funcionamento do CACPD conforme proposto na Secção III.D.

Pessoal

32. Para realizar os objectivos do 1.º Ano, serão necessários, no mínimo, onze (11) funcionários, mas vinte (20) funcionários seria o ideal, dependendo da disponibilidade de fundos. Os organogramas propostos para a estrutura de quadro de pessoal são apresentados nos Anexos 5 e 6. **Dependendo da estrutura de gestão aprovada pela Conferência da UA, o cumprimento das políticas de contratação da UA pode implicar a alteração das descrições de trabalho, qualificações necessárias e salários para cada um dos postos do CACPD.** Os Termos de Referência para cada um destes postos serão elaborados após a aprovação dos referidos postos.

33. O quadro do Anexo 5 representa o mínimo necessário para a realização dos objectivos estratégicos definidos antes (especificamente, vigilância baseada em evidências e preparação e resposta a situações de emergência); prevê-se que a estrutura de operações e de pessoal aumente com vista a responder a situações graves (Anexo 6).

1. Director
2. Director-adjunto
3. Cientista de Laboratório
4. Epidemiologista(s)
 - a. Analista de Dados relativos a Vigilância Baseada em Eventos.
 - b. Assessor para Regulamentos Sanitários Internacionais
5. Bioestatístico
6. Economista da Saúde
7. Especialista(s) em Informação Geográfica
8. Editor Científico
9. Funcionário(s) de Tecnologia de Informação e Comunicação

- 10. Financeiro
- 11. Oficial de Mobilização de Recursos
- 12. Administrador
- 13. Chefe da Divisão de Logística

VII. Aspectos jurídicos

34. Os aspectos jurídicos serão descritos no projecto de Estatutos elaborado pelo Gabinete do Conselheiro Jurídico.

VIII. Infra-estruturas necessárias

35. As primeiras iniciativas do CACPD irá reflectir os objectivos estratégicos descritos acima. Tendo em conta os recursos limitados e o mandato para o lançamento, até meados de 2015, prevê-se que os programas de vigilância baseada em eventos e, possivelmente, de preparação e resposta a situações de emergência (por exemplo, Centro de Operações de Emergência) irão ocupar o mesmo espaço físico. As infra-estruturas necessárias são apresentadas no Anexo 6. Alguns dos custos associados às necessidades de infra-estrutura estão incluídos no orçamento proposto no Anexo 7 e no resumo abaixo.

IX. Implicações financeiras

36. Possíveis fontes de financiamento do CACPD devem ser consideradas pela Conferência da UA (em Janeiro de 2015).

37. O orçamento estimado para a criação e funcionamento do CACPD durante um período de 18 meses é de **5. 114. 732 \$EU**.

N.º	DESCRIÇÃO	2015	2016	TOTAL
1	Recursos Humanos	950 111	1 840 221	2 790 332
2	Consultorias	196 000	392 000	588 000
3	Formação (cursos internacionais)	103 333	206 667	310 000
4	Viagens	74 667	149 333	224 000
5	Reuniões, Workshops & Actividades	330 000	380 000	710 000
6	Publicações	35 000	45 000	80 000
7	Equipamento de Escritório	277 400	36 000	313 400
8	Comunicação e Equipamento de TI	33 000	66 000	99 000
	TOTAL GERAL	1 999 511	3 115 221	5 114 732

SC13704

Assembly/AU/4(XXIV)
Anexo 1

RELATÓRIO DA COMISSÃO

SOBRE

**A MODALIDADE, ESTRUTURA, IMPLICAÇÕES
FINANCEIRAS E LEGAIS PARA O ESTABELECIMENTO
DO CDC AFRICANO**

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P O Box 3243 Telephone 0115517700 Fax 00115517844

Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC Africano)

RELATÓRIO DA COMISSÃO

SOBRE

A MODALIDADE, ESTRUTURA, IMPLICAÇÕES FINANCEIRAS E LEGAIS PARA O ESTABELECIMENTO DO CDC AFRICANO

ANEXOS

Anexo 1: Termos de Referência do Grupo de Trabalho Multinacional



AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

TERMOS DE REFERÊNCIA DO GRUPO DE TRABALHO MULTINACIONAL PARA O ESTABELECIMENTO DO CENTRO AFRICANO PARA O CONTROLO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A. HISTORIAL

Ambas as doenças transmissíveis e não-transmissíveis contribuem significativamente para a morbidade e mortalidade em África e que o continente continua a ser contestado por frequentes calamidades naturais e provocadas pelo homem, muitas vezes levando à desastres catastróficos.

Os Estados-membros fizeram progressos significativos e esforços em conter e minimizar o impacto, as condições e eventos destas doenças, através da adopção e implementação de políticas e estratégias pertinentes à vigilância de doenças, controlo e prevenção, bem como aos sistemas de saúde e de preparação e resposta à calamidades. Estes incluem a implementação da Vigilância Integrada das Doenças e Resposta (IDSR), do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) e de outras resoluções e iniciativas para o controlo e prevenção de emergências.

Apesar dos progressos realizados, os desafios ainda continuam na abordagem da prevenção e controlo de doenças tal como nas limitadas capacidades humanas e de infra-estruturas, a fraca vigilância das doenças e de serviços de investigação laboratorial, bem como a morosidade e insuficiente preparação e na resposta das emergências sanitárias e de calamidades.

Tendo em conta todos estes desafios enfrentados pelo continente africano e a necessidade do quadro de responsabilização para a segurança da saúde e, consequentemente, proteger os cidadãos de África e não só, há uma necessidade urgente de pôr em prática uma estrutura para apoiar os países africanos a responderem de forma eficaz às emergências, obter apoio técnico para enfrentar os desafios complexos de saúde e criar uma capacidade necessária.

Em conformidade com a decisão Assembly/AU/Dec.499 (XXII) da 22ª Sessão Ordinária da Assembleia da UA de Janeiro de 2014 e dos compromissos durante a primeira reunião dos Ministros Africanos da Saúde convocada conjuntamente pela Comissão da União Africana (CUA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Luanda, Angola, de 16 a 17 de Abril de 2014, enaltece i) a urgência de criar o Centro Africano para o Controlo e Prevenção de Doenças (ACDCP) ao mesmo tempo tendo em consideração os centros regionais de excelência já existentes ii) a criação de Grupo de Trabalho Multinacional composto pela CUA, a OMS, o Governo da República da Etiópia e os Estados-membros interessados para definir as modalidades e traçar um roteiro para a criação do ACDCP incluindo a estrutura legal e as implicações financeiras.

O ACDCP seria um centro de referência para apoiar e coordenar o trabalho das instituições nacionais na redução da sua carga de doença, especialmente na abordagem das doenças transmissíveis, situações de emergência e desenvolvimento de capacidades nos países africanos. A sua criação deve ser guiada pelas experiências nacionais e sub-regionais dos Centros de Excelência.

B. Termos de referência

Em colaboração com os Ministérios da Saúde dos membros do Grupo de Trabalho Multinacional, sob a supervisão da CUA e da OMS, os peritos irão realizar as seguintes actividades:

- Definir claramente a missão do ACDCP ao mesmo tempo, tomar em consideração os centros regionais de excelência já existentes e as necessidades e prioridades de saúde relevantes em África;
- Considerar os documentos preparatórios do estabelecimento do ACDCP apresentados pela Comissão da União Africana;
- Desenvolver os termos abrangentes de referência do ACDCP;
- Propor infra-estrutura mínima, capacitação de recursos humanos e a capacidade de atingir o estado do ACDCP;
- Definir a estrutura organizacional e o *modus operandi* do ACDCP incluindo a sua relação com a CUA e a OMS, bem como a sua ligação com as instituições regionais e internacionais;
- Desenvolver um roteiro com um cronograma claro para a criação do ACDCP;
- Proporcionar as implicações financeiras para a criação, operacionalização e sustentabilidade do ACDCP, incluindo as contribuições exigidas dos países africanos e a quota-parte de financiamento dos parceiros;
- Propor uma lista de potenciais parceiros para garantir fontes múltiplas de financiamento para o ACDCP, a fim de garantir um desempenho sustentado;
- Definir as funções e responsabilidades da CUA, da OMS e de outros intervenientes para apoiar a criação, operacionalização e gestão global do ACDCP depois da operacionalização.

C. Composição do Grupo de Trabalho Multinacional

O Grupo de Trabalho será composta pela CUA, a OMS, o CDC de EUA e 16 Estados-Membros. Os representantes de cada Estado-membro devem ser designados pelo Ministério da Saúde. Estes últimos devem ser cientistas séniores e possuírem conhecimentos técnicos e uma experiência de trabalho profunda em coordenação e gestão das instituições de investigação em saúde pública.

Anexo 2: Serviços Essenciais, Funções ou Operações de saúde pública

Existem várias definições das competências ou acções-chave necessárias para melhorar a saúde das populações. Em 2000, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) desenvolveu uma lista de **Funções Essenciais de Saúde Pública**; em 2009, a Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública desenvolveu uma lista de **Funções Nacionais de Institutos Básicos de Saúde Pública**; e em 2011, a OMS EURO publicou uma lista de **Operações Essenciais de Saúde Pública (EPHO)**, que muitas vezes é pouco conhecida. Abaixo está um resumo das EPHOs da OMS EURO. Esta lista (ou listas semelhantes da OPAS e IANPHI) constituem uma ferramenta para enquadrar as actividades seleccionadas do CDC Africano. Perante um cenário ideal, uma instituição maturada de tipo CDC prosseguirá a capacidade de proporcionar cada ponto listado abaixo aos seus cidadãos.

EPHO 1: Vigilância da saúde e do bem-estar da população

- Estabelecer e manter os sistemas de vigilância de base ampla e de registos de doenças e medidas relacionadas com a saúde;
- Integração e análise de dados (incluindo o diagnóstico de saúde da comunidade), a fim de identificar as necessidades da população e grupos de risco e acompanhar a evolução dos objectivos relacionados com a saúde;
- Publicação de dados em vários formatos para diversos públicos

EPHO 2: Monitorização e resposta dos perigos e emergências da saúde

- Controlo de doenças transmissíveis;
- Controlo de riscos ambientais para a saúde;
- Apoio Laboratorial para a Investigação de Ameaças à Saúde;
- Planificação, investigação e resposta às emergências de saúde pública;
- A designação de um coordenador de resposta à emergências;
- Lições aprendidas, manutenção de protocolos e garantia de uma lista de peritos;
- A implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

EPHO 3: Operações de protecção da saúde (incluindo a segurança alimentar, ambiental, ocupacional, e outras)

- Capacidade técnica para a avaliação de risco;
- Cumprimento das leis e regulamentos por parte das autoridades de saúde pública;
- Cooperação com outras autoridades responsáveis pela aplicação da lei em questões relacionadas com a saúde pública (protecção da saúde).

EPHO 4: Operações de promoção da saúde (incluindo a abordagem dos determinantes sociais e das desigualdades na saúde)

- Realização de actividades de promoção da saúde para a comunidade em geral ou para as populações com maior risco de resultados negativos de saúde;
- Capacidade de acção intersectorial.

EPHO 5: Prevenção de Doença (incluindo a detecção precoce da doença)

- A prevenção primária;
- A prevenção secundária.

EPHO 6: Garantir governação para a saúde e bem-estar

- Definição de necessidades;
- Análise e avaliação dos serviços;
- Aplicação dos resultados da avaliação.

EPHO 7:**Garantir uma força de trabalho de saúde pública suficiente e competente**

- Planificação de Recursos Humanos;
- Padrões;
- Educação e acreditação.

EPHO 8:**Garantir a sustentabilidade das estruturas organizacionais e financiamento**

- Planificação da política de saúde pública;
- Avaliação da qualidade e eficácia do pessoal e de serviços de saúde comunitário;
- Financiamento dos Serviços de Saúde Pública.

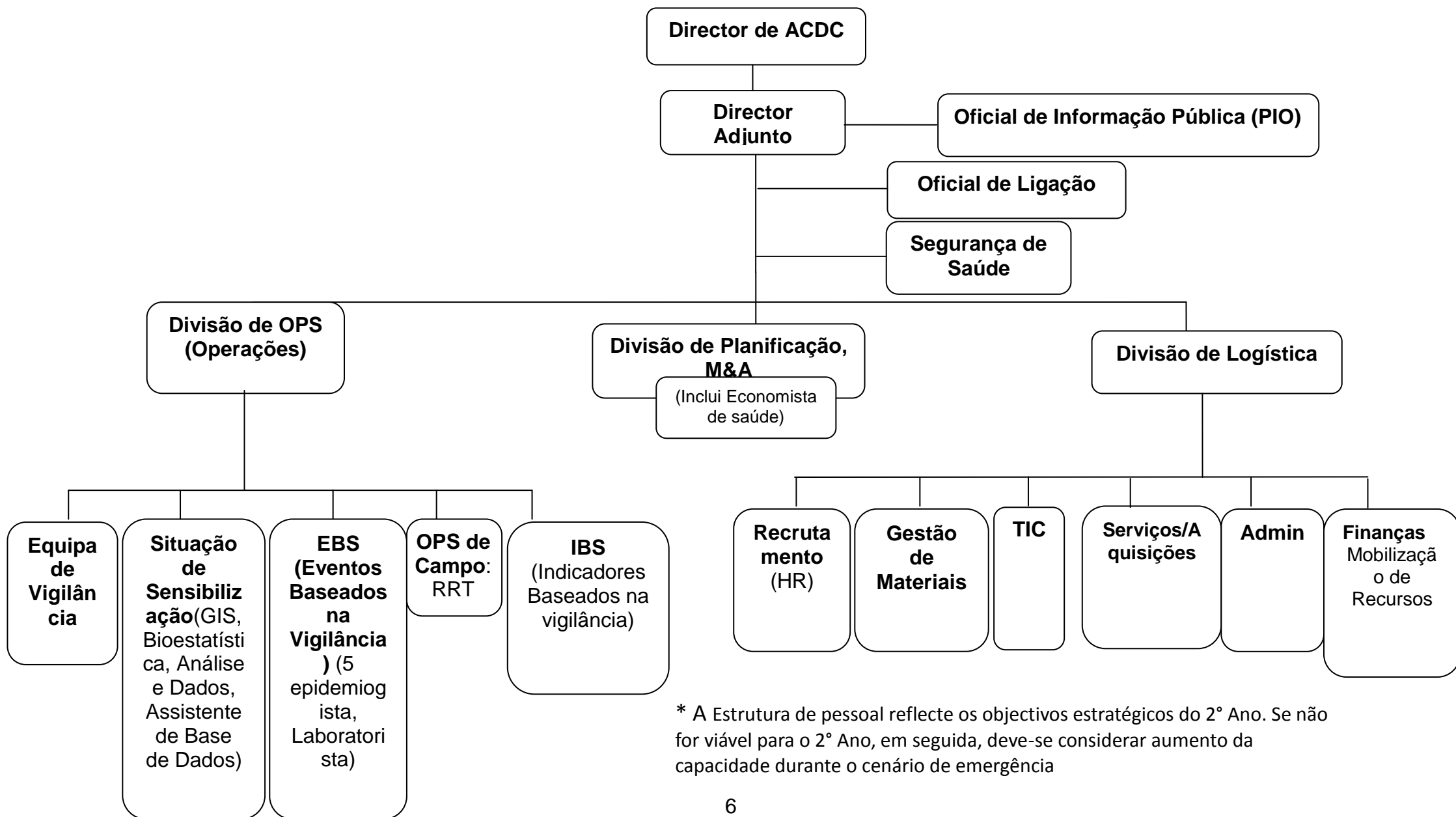
EPHO 9:**Advocacia, comunicação e mobilização social para saúde**

- Natureza estratégica e sistemática de comunicação em saúde pública, desenvolvido com um entendimento das percepções e necessidades dos diferentes públicos;
- Disseminação para públicos diferentes em formatos e através de canais que são acessíveis, compreensíveis e utilizáveis;
- Advocacia para o desenvolvimento e implementação de políticas e ambientes saudáveis em todos os sectores governamentais (saúde em todas as políticas);
- Formação em comunicação de saúde pública e desenvolvimento de capacidades;
- Avaliação da comunicação em saúde pública

EPHO 10:**Avançar a pesquisa em saúde pública para informar políticas e práticas**

- Capacidade de iniciar ou participar numa pesquisa epidemiológica e de sistema de saúde pública em tempo oportuno;
- Promoção da inovação;
- Informação de saúde para apoiar a tomada de decisão.

Anexo 3: Operações e Pessoal*



* A Estrutura de pessoal reflecte os objectivos estratégicos do 2º Ano. Se não for viável para o 2º Ano, em seguida, deve-se considerar aumento da capacidade durante o cenário de emergência

Anexo 4: Operações Mínimas e Pessoal*



* A estrutura de pessoal reflecte o cenário sem emergência do 1º Ano

Anexo 5: Vigilância dentro dos Sistemas de Aviso Prévio e de Resposta

Os componentes de aviso prévio dos sistemas convencionais de vigilância de rotina em saúde pública devem ser sensíveis o suficiente para detectar sinais, o mais cedo possível. Tradicionalmente, a maioria dos sistemas de vigilância dependiam de **Vigilância Baseada em Indicadores** (IBS). Este Anexo contém um resumo de sistemas de Vigilância Baseada em Indicadores e Eventos (Figura 2) que são fontes complementares de informação dentro dos Sistemas de Aviso Prévio e de Resposta (EWAR).

A IBS é definida como recolha sistemática, monitorização, análise e interpretação de dados estruturados, ou seja, indicadores, que sejam produzidos por uma série de fontes formais bem identificados, predominantemente baseados na saúde. No entanto, este sistema se baseia principalmente em informação recolhida passivamente das unidades sanitárias, e é centrada em doenças transmissíveis com um elevado potencial de epidemia e/ou para as quais existem medidas de controlo altamente eficazes, tais como a imunização. Existe um atraso inerente na transmissão de informações a partir do ponto do sinal até à pessoas com a responsabilidade de iniciar uma resposta. Além disso, muitas vezes concentra-se num número limitado de riscos de saúde **Conhecidos** que são descritos através de definições de casos estabelecidos que são tanto uma doença específica ou sindrómica. As patogenias emergentes ou desconhecidas podem, portanto, serem falhadas, como podem rapidamente escalar surtos ou eventos não transmissíveis devido a outros agentes (por exemplo, contaminantes toxicológicos).

O EBS é definido como a recolha, acompanhamento, avaliação e interpretação organizada de informação principalmente ad-hoc não estruturada sobre eventos ou riscos da saúde, que pode representar um risco agudo para a saúde humana. A informação provém de várias fontes, muitas vezes não-predeterminada tanto oficial e não oficial, incluindo rumores relatados pelos órgãos de informação ou por relatórios ad hoc de redes informais. O processo de recolha de informação é principalmente activo e realizado por meio de uma estrutura sistemática especificamente criada para fins do EBS.



Figura 4. Quadro de Aviso Prévio e de Resposta

Anexo 6: Equipamento Detalhado de um Tamanho médio de EOC

Descrição de Item	Número total de unidades	Fornecedor	Custo	Custo Total	Observações
(incl. fabricante e número do modelo)					
Mesa da Sala de Conferências	1	Escritório Moderno	1,899.00 \$EU	1,899.00 \$EU	
PWR/ Módulo de Dados	5	Escritório Moderno	348.00 \$EU	1,740.00 \$EU	Power, 2ea, Telefone e Dados funcionarão para cada um dos cinco módulos.
Cadeiras	13	ibExpress	541.99 \$EU	7,045.87 \$EU	
Mesa Executiva	1	ibExpress	1,671.00 \$EU	3,342.00 \$EU	Gestor de Incidente.
Cadeira Executiva	3	ibExpress	427.00 \$EU	1,281.00 \$EU	Gestor de Incidente, Adjunto & Chefe de escritórios do pessoal.
Cadeiras	4	ibExpress	541.99 \$EU	2,167.96 \$EU	Gestor de Incidentes, Adjunto & Chefe de Escritórios de Pessoal.
Optiplex 9020 Factor de Pequena Forma	28	Dell (Desktop)	1,120.00 \$EU	35,840.00 \$EU	
Cartão Gráfico	5	PNY GeForce GT 520	68.00 \$EU	340.00 \$EU	F/U/W Dell 9020, IM, Adjunto, CoS, AV Console & Armação AV.
Latitude E7240		Dell (Laptop)	1,802.00 \$EU		
Monitor, Computador	31	Dell P2014H LED, 20"	172.00 \$EU	5,504.00 \$EU	Duplo Monitor, AV Console e Armação.
Teclado	28	Logitech	48.00 \$EU	1,536.00 \$EU	
Rato	28	Logitech	32.00 \$EU	1,024.00 \$EU	
Teclado sem Fio & Rato AV Console	1	Logitech K520	65.00 \$EU	65.00 \$EU	
Telefone (IP)	28	Polycom 335	139.95 \$EU	3,638.70 \$EU	AV Console.
Telefone (IP)		Nortel 1220	142.00 \$EU		
Impressora de Mesa	12	HP LaserJet 400 Color M451dn	365.64 \$EU	4,387.68 \$EU	
Impressora de Mesa		HP LaserJet Ent 600 M602x	1,140.11 \$EU		
Impressora Colorida		HP Color LaserJet CP6015	7,744.00 \$EU		
Fotocopiadora /Impressora Colorida Grande	1	Canon C5045	12,623.00 \$EU	12,623.00 \$EU	
Fragmentadora	1	SEM	2,164.67 \$EU	2,164.67 \$EU	
Relógio de Parede Oito Zonas		BRG	3,614.00 \$EU		
Relógio de Parede de Quatro Zonas	3	BRG	1,875.00 \$EU	5,625.00 \$EU	Escritórios de IM, Adjunto & Sala de Conf.
AV Monitor 42"		NEC E424	650.00 \$EU		

ThinStall Fixo		Chief	106.16 \$EU		
AV Monitor 46"	3	NEC	1,750.00 \$EU	5,250.00 \$EU	
ThinStall Fixo	3	Chief	127.00 \$EU	381.00 \$EU	
Monitor AV 55"	2	NEC X552S	2,373.98 \$EU	4,747.96 \$EU	
ThinStall Fixo	2	Chief	141.79 \$EU	283.58 \$EU	
Amplificador	1	Crown CTS 4200	1,800.00 \$EU	1,800.00 \$EU	
Amplificador		Crown CRCTS8200	1,939.00 \$EU		CTS8200A Amp 160W @8 ohms 8 CH/REG.
Altifalantes	6	JBL Control 23	349.00 \$EU	2,094.00 \$EU	
Projector	1	NEC NP-PA500U-13L	4,571.00 \$EU	4,571.00 \$EU	
Placa de Tecto	1	RPA Elite Universal	249.00 \$EU	249.00 \$EU	
Ecrã		Electric Access V53" x 92			
Ecrã	1	Fixed 53" x 92"	1,289.00 \$EU	1,289.00 \$EU	
Tecto suspenso para TV	1	Premier Ceiling Mount	194.13 \$EU	194.13 \$EU	Montagem suspensa de Monitor (ECM3763S).
Placa de Montagem	1	Premier Mount Plate	129.42 \$EU	129.42 \$EU	Placa de Montagem de Tecto (PP-12).
Poste	1	Premier Adjustable Pole	97.07 \$EU	97.07 \$EU	Adaptador de Suspensão NPT Ajustável (APP-2446).
Quadro Branco	3	Magnetic Whiteboard 67"	575.00 \$EU	1,725.00 \$EU	
Quadro Branco Interactivo		Smart 77" w/Projector	5,453.38 \$EU		
Quadro Branco Interactivo		Smart 87" w/Projector	8,355.15 \$EU		
Protector de Rede	12	American Power Conversion (APC)	17.99 \$EU	215.88 \$EU	
Tomada Múltipla	2	Middle Atlantic PD-920D	145.93 \$EU	291.86 \$EU	Tomada de Oito Saídas
Curtain & Ron	16	Por confirmar	Por confirmar		
AV Rack, 5-29 54 1/2 H x 26" D	1	Middle Atlantic	715.00 \$EU	715.00 \$EU	
Smoked Plexiglas Front Door DOP-5-29	1	Middle Atlantic	415.00 \$EU	415.00 \$EU	
Um pare de painéis laterais TSP 5-29-26DC, Wood Dark Cherry	2	Middle Atlantic	245.00 \$EU	245.00 \$EU	
Top, Fits 5-29-26, Wood Dark Cherry	1	Middle Atlantic	520.00\$EU	520.00 \$EU	
RAP29-Middle Atlantic Rear Access Pan	1	Middle Atlantic	103.00 \$EU	103.00 \$EU	
Kits de ventoinhas (Porta traseira)	2	Middle Atlantic Rack Fan Kit (RAP-29)	113.00 \$EU	113.00 \$EU	
Painéis, Vazio	1	Middle Atlantic VT1-CP12	120.00 \$EU	120.00 \$EU	

Painéis, Vazio	1	Middle Atlantic VT2-CP12	140.00 \$EU	140.00 \$EU	
Parafusos de Montagem	1	Middle Atlantic	49.00 \$EU	49.00 \$EU	
Barras de Armação	1	Middle Atlantic	99.00 \$EU	99.00 \$EU	
Bloqueio Caster (5WLR) de Quatro	1	Middle Atlantic	99.00 \$EU	99.00 \$EU	
Vídeo Teleconferência		Cisco Telepresence Codec C40	16,447.99 \$EU	16,447.99 \$EU	
Vídeo Teleconferência	1	Polycom HDX 7000	11,394.00 \$EU	11,394.00 \$EU	
Vídeo Teleconferência		LifeSize Room 220	16,999.90 \$EU		
Controle Crestron AV e Processador AV3	1	Crestron	2,558.00 \$EU	2,558.00 \$EU	
Painel de Controle 10"	1	Crestron	1,304.35 \$EU	1,304.35 \$EU	
Table Top Kit	1	TSW-1050, BLK Smooth	137.67 \$EU	137.67 \$EU	
Painel de Controle 12"	1	Crestron V12-Tilt-B	1,000.00 \$EU	1,000.00 \$EU	
Motor Gráfico	1	Crestron DGE-1	3,750.00 \$EU	3,750.00 \$EU	
Crestron DM-MD16x16-RPS	1	Crestron	12,745.00 \$EU	12,745.00 \$EU	Armação Montável c/Fonte de Alimentação Redundante
Placa de Entrada	13	Crestron DMC-DVI/RGB	875.00 \$EU	11,375.00 \$EU	Tela de Desktop/Laptop.
Placa de Entrada	2	Crestron DMC-HD HDMI	875.00 \$EU		Vídeo Teleconferência.
Placa de Entrada	1	DMC-VID-BNC Composite	725.00 \$EU	725.00 \$EU	Sintonizador/Canais Satélites.
Placa de Saída	1	DMCO-55	920.00 \$EU	920.00 \$EU	Alimentação de Projetor e de Monitores.
Placa de Saída	1	DMCO-44	875.00 \$EU	875.00 \$EU	
Sintonizador	2	232-ATSC + 1 Tuner	810.00 \$EU	1,620.00 \$EU	Aquisição de Kit de montagem de armação.
UPS para a armação de AV	1	Tripp-Lite SM2200RMDVTAA	1,908.48 \$EU	1,908.48 \$EU	
Cabos Misc., Conectores & Caixa de ferramentas	1	Ainda por Decidir	7,000.00 \$EU	7,000.00 \$EU	Integrador de Áudio Visual irá adquirir um cabo, conectores e uma caixa de ferramentas necessárias para concluir o trabalho, materiais em excesso e caixa de ferramenta permanecerão com o cliente.
Integração Áudio Visual & Programação	1	Ainda Por Decidir	17,000.00 \$EU	17,000.00 \$EU	Integrador local audiovisual para inventário, instalar, testar e providenciar formação básica de operador. Por último proporcionar desenhos em AutoCAD.
Armação da TI	1	42U Server Cabinet Rack	3,275.00 \$EU	3,275.00 \$EU	Frente perfurada (Bloqueio) e Porta Traseira, Painéis Laterais, Tomadas, Prateleiras e Galheta.

Servidor	1	HP ProLiant DL380p Gen8	10,505.00 \$EU	10,505.00 \$EU	O Servidor configura de forma adequada para completar a instalação
Servidor	1	HDD HP 146GB SAS 6Gb s	359.00 \$EU	359.00 \$EU	O servidor configura propriamente para completar a instalação.
Interruptor	1	Cisco Catalyst 2960-X 48	2,298.00 \$EU	2,298.00 \$EU	O interruptor configura de forma apropriada para apoiar os computadores e telefones.
UPS de servidor	1	APC Smart-UPS X-3000VA	1,560.00 \$EU	1,560.00 \$EU	
Router	2	Cisco 2801 Voice Bun 24	2,210.00 \$EU	4,420.00 \$EU	
Cabos de LAN	3	1000ft Plenum	354.00 \$EU	1,062.00 \$EU	
Internet Lease		Por Decidir	7,000.00 \$EU	7,000.00 \$EU	2MB - 1 Ano.
VSAT		Por Decidir	22,000.00 \$EU	22,000.00 \$EU	
Configuração & Integração das TIC	1	Por Decidir			Criar, instalar, testar e proporcionar desenhos de integrador da tecnologia de informação em AutoCAD
Electrificação	1	35 Alimentadores de Corrente Duplos	Por Decidir		Instalação de electrificação, Quadro geral e outro material diverso para completar o trabalho. Nota. Oito tomadas para serem montadas na mesa da sala de conferências, módulos encastrados.
Iluminação	1	Nova instalação eléctrica, interruptores e tomadas	Por Decidir		Instalar nova iluminação em toda instalação, prestando atenção especial na iluminação da sala de conferências.
Total				259,400 \$EU	

Anexo 7: Orçamento Detalhado

ORÇAMENTO ESTIMADO DO ESTABELECIMENTO DO CDC AFRICANO (18 MESES)

	DESCRIÇÃO	Quantidade de (18 Meses)	Preço Unitário /Mês	2015	2016	TOTAL
1	Recursos Humanos					
1.1	Director do ACDC (P6-5)	1	11 731	70 386	140 772	211 157
1.2	Director Adjunto ACDC (P5-5)	1	10 217	61 301	122 601	183 902
1.3	Epidemiologistas (HQ) (P4-5)	5	8 900	267 000	534 000	801 000
1.4	Cientista Laboratorial (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.5	Oficial de Mobilização de Recursos (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.6	Oficial de Tecnologia de Informação e Comunicação (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.7	Oficial Financeiro (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.8	Administrador (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.9	Bioestatística (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.10	Economista de Saúde (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.11	Especialista de Mapeamento de GID e de Informação GEO (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.12	Editor Científico (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.13	Oficial de Logística e de Aprovisionamento (P4-5)	1	4 000	24 000	48 000	72 000
1.14	Secretária (GS A4)	1	1 082	6 492	12 984	19 476
1.15	Pessoal de Limpeza do Local	2	861	10 332	20 664	30 996
1.16	Passagens aéreas para Recrutamento de Pessoal internacional	15	2 000	30 000		30 000
	Sub-total			950 111	1 840 221	2 790 332
2	Consultoria					
2.1	Consultora a Curto Prazo	12	25 000	100 000	200 000	300 000
2.2	Consultora a Longo Prazo	6	48 000	96 000	192 000	288 000
	Sub-total			196 000	392 000	588 000
3	Formação (Cursos Internacionais)					
3.1	Formação Regional a curto prazo	10	15 000	50 000	100 000	150 000
3.2	Formação Internacional a longo prazo	8	20 000	53 333	106 667	160 000
	Sub-total			103 333	206 667	310 000
4	Viagens					
	Actividades de rotina (reuniões, conferências, troca de experiências, formação, etc.)					
4.1	Viagens regionais em África	9	2 500	15 000	30 000	45 000
4.2	Viagens Internacionais	9	5 500	33 000	66 000	99 000

	Mobilização de recursos					
4.3	Viagens Regionais	5	2 500	8 333	16 667	25 000
4.4	Viagens Internacionais	5	5 500	18 333	36 667	55 000
	Sub-total			74 667	149 333	224 000
	5 Reuniões, Seminários & Actividades					
5.1	Reunião Anual de Planificação Estratégica	2	80 000	80 000	80 000	160 000
5.2	Reunião Bienal do Conselho Consultivo	4	50 000	100 000	100 000	200 000
5.3	Reunião Ministerial Conjunta da União Africana e OMS AFRO	2	100 000	100 000	100 000	200 000
5.4	Reunião de Angariação com Parceiros	3	50 000	50 000	100 000	150 000
	Sub-total			330 000	380 000	710 000
	6 Publicações					
6.1	Plano Estratégico Anual do ACDC	2	10 000	10 000	10 000	20 000
6.2	Relatório Anual de Avaliação dos Conselheiros	2	10 000	10 000	10 000	20 000
6.3	Publicações – para o boletim semanal de saúde pública		Taxa Fixa	15 000	25 000	40 000
	Sub-total			35 000	45 000	80 000
	7 Equipamento do Escritório					
7.4	Detalhes dos equipamentos do escritório (cf. orçamento de equipamentos)			259 400		259 400
7.5	Consumíveis (tinta, papel, material de escritório, etc.)	18	1 000	6 000	12 000	18 000
7.6	Manutenção de escritório	18	2 000	12 000	24 000	36 000
	Sub-total			277 400	36 000	313 400
	8 Equipamentos das TI e Comunicação					
8.1	Despesa de Telefone	18	2 000	12 000	24 000	36 000
8.2	Serviços de Internet & de conectividade	18	2 500	15 000	30 000	45 000
8.3	Infomação Pública	18	1 000	6 000	12 000	18 000
	Sub-total			33 000	66 000	99 000
	TOTAL GERAL			1 999 511	3 115 221	5 114 732

1. Todas as estimativas orçamentais são baseadas nas taxas da Comissão da União Africana;
2. As Posições do Pessoal do Projecto a Curto Prazo são aquelas financiadas através do apoio extra-orçamental da CUA e/ou apoiadas pelas organizações parceiras; O pessoal do Programa do ACDC está previsto a ser de contratações internacionais africanas, enquanto o pessoal administrativo de contratação local;
3. Para a consultoria de curto prazo, propusemos ter 4 nos primeiros 6 meses e 8 nos seguintes 12 meses da fase 1; esta rubrica destina-se a proporcionar apoio financeiro para os peritos que irão trabalhar ao lado das contratações regulares do CDC Africano durante a fase de lançamento; estes peritos podem ser

- considerados assessores que ajudam os membros da equipe com a execução das suas funções e responsabilidades do cargo.
4. Para as consultorias de longo prazo, propusemos a ter 2 nos primeiros 6 meses e 4 nos seguintes 12 meses da fase 1; esta rubrica destina-se a proporcionar apoio financeiro para os peritos que irão trabalhar com as contratações regulares do CDC Africano durante a fase de lançamento; estes peritos podem ser considerados assessores que ajudam aos membros da equipa na execução das suas funções e responsabilidades do cargo.
 5. As formações serão para o benefício dos funcionários recém-contratados do CDC Africano no sentido de equipá-los para desempenharem as suas funções e responsabilidades do cargo.
 6. Viagens regionais africanas: Estimadas em 9 Viagens na região (3 nos primeiros 6 meses e 6 nos 12 meses seguintes) para 2 funcionários = 18 viagens; Estima-se cada viagem em 2500\$EU (1500\$EU para passagem aérea e 1000\$EU para Subsídio);
 7. Viagens internacionais: 9 viagens internacionais (3 nos primeiros 6 meses e 6 nos 12 meses seguintes) para 2 funcionários = 18 viagens; estima-se cada viagem para 5500 dólares. (3000\$EU para passagem e 2500\$EU para Subsídio);
 8. Reunião Consultiva do ACDC Consultivo está prevista a ser realizada em Adis Abeba, Etiópia, com cerca de 20 participantes com o apoio financeiro para viajar e participar na reunião, e contará com um total de 40 participantes;
 9. As publicações do ACDC serão produzidas em quatro línguas: Inglês (40 por cento), Francês (40 por cento), Português (10 por cento) e Árabe (10 por cento);
 10. O equipamento é baseado na proposta da Missão de Avaliação e são os requisitos para o estabelecimento de um tamanho médio de EOC. Os consumíveis e manutenção de escritório são as despesas de rotina.

Anexo 8: Grupo de Trabalho Multinacional do CDC Africano (Estados Membros + Parceiros Relevantes) quem participou na reunião do Grupo de trabalho realizada em Adis Abeba de 29 a 30 de Outubro de 2014

No.	Nome	Título Profissional	País	Endereço Electrónico	Telemóvel No.
1.	Dr. Shikanga O-tipo	Ministério de Saúde, Vigilância e Resposta à Doenças	Quênia	Email: shikangadoc@ddsr.or.ke	+254 722 343341
2.	Prof. Kihumbu Thairu	Instituto de Pesquisa Médica do Quênia	Quênia	Email: profthairu@yahoo.co.uk	+254 725 299510
3.	Dr. Gerald Mwadori Mkoji	Director Adjunto (Formação & comunicação) & Oficial Chefe de Pesquisa	Quênia	Email: gmkaji@kemri.org ; gmkaji5@gmail.com	Tel:+254-20-2722541 Fax +254-20-2722541
4.	Dr. Alain ETOUNDI MBALLA	Director de Luta contra Doenças, Epidemias e Pandemias	Camarões	E-mail: dretoundi@yahoo.fr	Tel. N°: (237) 77 70 21 67
5.	Dr Ngirabega Jean de Dieu	Chefe do Instituto Nacional de Prevenção e Controlo de VIH/SIDA, Doenças Centro Biomédico de Ruanda	República de Ruanda	Email : moonhuro@gmail.com	Tel : +250-788650824/ +250-738650824
6.	Dr. Alex Opio	Representante do Ministério da Saúde no Conselho de Directores da Organização Nacional de Pesquisa de Saúde de Uganda.	Uganda	Email: opioalex@infocom.co.ug	+256772443456
7.	Dr. Amadou Bocar Kouyate	Conselheiro Técnico Doutor e Técnico de Saúde Pública Assessor junto ao Ministério da Saúde	Burkina Faso	bocar@fasonet.bf ; bkouyate@hotmail.com	Tel.:+226-50324963 Fax +226-50324186
8.	Prof Abdulsalami Nasidi	Director do CDC da Nigéria	Nigéria	e-mail: nasidi@gmail.com nasidia@hotmail.com	Abuja, Nigéria Tel: +234 7067352220
9.	Dr. Mer Awi Aragaw	Assessor de Emergências de Saúde Pública do Gabinete do Ministro da Saúde da República Federal da Etiópia	Etiópia	Po Box (private): 32541 e-mail: meraragaw@yahoo.com	Tel.: +251 912 61 12 94
10	Sra.Ms. Tsakane Furumele	Director, Controlo de Doenças Transmissíveis	África de Sul	Email: FurumT@health.gov.za	Tel: +27 12 395 8839

No.	Nome	Título Profissional	País	Endereço Electrónico	Telemóvel No.
		Departamento Nacional de Saúde		Email: MangaL@health.gov.za	Cell: +27 72 211 0998 Fax: +2712 395 9174 086 632 6975
11	Sr. Samson Mujoda	Conselheiro	Embaixada da Zâmbia	Email : jujoda@gmail.com	Cell: 0937769797
12	Dr. Innocent Ntaganira	Chefe do Grupo VIH/SIDA, TB e Malária Escritório Nacional da OMS na Etiópia	OMS	Email: ntaganirai@et.afro.who.int	Cell: 0911502162
13	Dr. Ali Ahmed Yahaya	Conselheiro Regional de Vigilância de Doenças Integradas Escritório Regional da OMS para África	OMS Brazzaville	Email: alياهو@who.int	+242-053440147
14	Sra. Rosemary Museminali	Representante da ONUSIDA para a UA e UNECA Adis-Abeba, Ethiopia	ONUSIDA	Email: MuseminaliR@unaids.org	Cell: 0911502229
15	Dr. Pride Chigwedere	Assessor Sénior	ONUSIDA	Email: chigwederep@unaids.org	Cell: 0911508724
16	Sr. Constant-Serge Bounda	Chefe, Escritório de Ligação de FNUAP para a CUA e UNECA Adis Abeba, Etiópia	FNUAP	Email: bounda@unfpa.org	0911228624
17	Sra. Ma-Yah Ngalla	Oficial de Programa	FNUAP	Email: manjuh@unfpa.org	Cell: 0933737635
18	Dr. KOFFI Justin N'guessan	Escritório Regional de FNUAP da África Ocidental e Central	FNUAP WCARO (Togo)	Email: jukoffi@unfpa.org	
19	Dr. Assogba Laurent N.	Assessor de Política e de Dados para o Desenvolvimento	FNUAP-WCARO-Dakar	Email: assogba@unfpa.org	+221-775453355
20	Dr. Iyorlumun Uhaa	Rep. da UNICEF para a UA e UNECA Adis Abeba, Etiópia Fax 251-1-5511628/517111	UNICEF	Email: iuhaa@unicef.org	

No.	Nome	Título Profissional	País	Endereço Electrónico	Telemóvel No.
21	Dr. Ibrahim Gashash Ahmed	Gestor de Sistema de Informação	AU-IBAR	Email: Gashash.Ahmed@AU-IBAR.org	+254-203674357
22	Dr. Samuel Muriuki	Coordenador de IRCM IBAR Nairobi-Quénia	IBAR	Email: samuel.muriuki@au-ibar.org mathayiro@gmail.com	+254-020-3674000 Escritório +254-722858195 cell +254-722858195
23	Dr. Thomas Kenyon, MD MPH	Director Centro para Saúde	CDC dos EUA	Email: tak8@cdc.gov	+1-678-545-7777
24	Dra. Rachel T. Idowu	Epidemiologista Médica	CDC dos EUA	Email: rbi0@cdc.gov	Tel: +1-404-6392698 +1-404-3275914
25	Sra. Theresa Kanter	Coordenadora de Segurança de Saúde Global	CDC dos EUA	Email: tkanter@cdc.gov	Cell: 0912141450
26	Tenente Coronel Martha Robins	Depu Assessora Adjunta Militar	Embaixada dos EUA	Email: Robinsmd@state.gov	Cell: 093-8036048
27	Dr. Jeffrey Hanson	Director	CDC da Etiópia	Email: HBJ6@CDC.GOV	Cell: 0911235909
28	S. Excia. Sr. Wang Yu	Director Geral, Centro de Controlo e Prevenção de Doenças da China		Email: wangyu@chinacdc.cn doris_wang@126.com wangxq@chinacdc.cn	
29	Sr. He Qinghua	Director Geral Adjunto, Departamento de Controlo e Prevenção de Doenças Comissão Nacional de Saúde e Planeamento Familiar		Email: heqh@nhfpc.gov.cn	+86-10-68792638
30	Dr. Yin Dapeng	Pesquisador, Centro de Controlo e Prevenção de Doenças da China		Email: yindapeng2001@263.net	
31	Sra. Hu Meiqi	Directora da Divisão Departamento de Cooperação Internacional	CDC da China	Email: humq@nhfpc.gov.cn	

No.	Nome	Título Profissional	País	Endereço Electrónico	Telemóvel No.
		Comissão Nacional de Saúde e Planeamento Familiar			
32	Dr. Samuel Adeniyi-Jones	Director da Região de África Serviços Humanos e de Saúde do Departamento de Estado dos EUA Gabinete do Secretário Gabinete de Assuntos Globais	Serviços Humanos e de Saúde	Email: Samuel.Adeniyi-Jones@hhs.gov	
33	Dr. Constant Roger AYENENGOYE	Secretário Geral da OCEAC B.P. 288 Yaoundé, Camarões	OCEAC	Email: contact@oceac.org cayenengoye@yahoo.fr	Tel: +23791701677 Fax: +237/22 23 00 61
34	Prof. Yoswa Mbulalina Dambisya	Director Geral	ECSCA HC	Email: dg@ecsa.or.tz Email: yoswa@ecsa.or.tz Email: doid@ecsa.or.tz	P.O. Box 1009, Arusha, Tanzania
35	Dr. Kambou Sansan Stanislas	Director de Pesquisa e de Informação Sanitária	OOAS	Email : skambou@wahooas.org	+226-20975775
36	S. Excia. Dr. Mustapha S. Kaloko	Comissário, Assuntos Sociais	CUA	Email: KalokoMS@africa-union.org	
37	Dr. Olawale Maiyegun	Director, DSA	DSA/CUA	Email: MaiyegunO@africa-union.org	
38	Dr. Marie-Goretti Harakeye	Chefe da Divisão - VIH/SIDA, TB, Malária e OID	CUA	Email: Harakeye@africa-union.org	
39	Sr. Dadji Kwami	Oficial de Saúde	CUA	Email: DadjiK@africa-union.org	
40	Sr. Tawanda Chisango	Perito de Parceria e Advocacia do Programa AWA	CUA	Email: Chisangot@africa-union.org	
41	Sr. Sabelo Mbokazi	Oficial Sénior de Política	CUA	Email: MbokaziS@africa-union.org	
42	Dr. Naftal Kilenga	Chefe da Divisão de Serviços Médicos	CUA	Email: kilengan@africa-union.org	Cell: 0912032706
43	Dr. Tajudeen Raji	Pediatra	CUA	Email: Tajudeenr@africa-union.org	
44	Dra. Mary Tapgun	Chefe da Divisão dos Serviços Clínicos	CUA	Email: tapgunm@africa-union.org	

Anexo 9: Termos de Referência do Pessoal

14. Director

Um profissional excepcional, com um grau equivalente ao Doutorado em Medicina, Doutorado em Osteopatia, ou Doutorado em Filosofia, que deve ser capaz de providenciar uma liderança científica na formulação, implementação e avaliação de ambos evento e vigilância baseada em indicadores. Este indivíduo deve possuir igualmente um historial robusto em investigação epidemiológica que se deve evidenciar por um currículo notável na concepção, execução e publicação de pesquisa científica original, bem como na experiência em avaliação do mérito de outras publicações científicas. Para além destas qualificações técnicas, o Director deverá evidenciar provas do passado em liderança e da experiência de gestão em questões globais de política de saúde e de programas específicos para o continente Africano.

Este indivíduo deve demonstrar, através de experiência profissional anterior:

- Alto grau de proeminência em saúde pública e perícia, e um registo notável de realizações em saúde pública;
- Experiência de liderança forte na criação de uma visão; estabelecimento de direcção numa organização; e no recrutamento, desenvolvimento e retenção de uma equipa boa e diversificada;
- Experiência sénior em gestão, direcção e orientação de uma organização, incluindo o estabelecimento de planos e políticas estratégicas, desenvolver e apresentar orçamentos, organizar e priorizar questões e avaliar as realizações do programa;
- Capacidade comprovada de lidar eficazmente com funcionários de alto nível de uma gama variada de contextos nacionais, agências governamentais de saúde pública, comunidades científicas e académicas, organizações médicas e de saúde nacionais e internacionais, diversas organizações do sector privado e organizações não-governamentais, órgãos sociais e do público em geral;
- Proficiência numa das línguas de trabalho da UA; o conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

15. Director Adjunto

As qualificações do Director-adjunto são semelhantes aos do Director do CDC Africano em termos de credenciais académicas, experiência em saúde pública, e habilidades diplomáticas e interpessoais. Quanto à liderança e experiência de gestão de programa, a capacidade do Director Adjunto deve exceder a do Director porque o Adjunto tradicionalmente proporciona liderança global em operações do dia-a-dia (incluindo a administração e gestão financeira, e no fortalecimento dos mecanismos e sistemas internos) para garantir que a

organização esteja a realizar o seu papel de forma otimizada utilizando uma abordagem baseada nos resultados.

16. Cientista Laboratorial

O Cientista Laboratorial deve possuir um grau compatível com um curso de quatro anos inteiros de estudos conducentes ao bacharelato ou a um grau mais elevado num campo académico relacionado à tecnologia de laboratório, de preferência com um foco em biologia ou química. Ele ou ela deve ter cinco (5) anos de experiência profissional mínima em sectores governamentais, privados ou sem fins lucrativos. Este indivíduo deve igualmente demonstrar experiência profissional nas seguintes áreas:

- Sucesso claro na prestação de apoio de assistência e capacitação técnica em contextos de recursos limitados;
- Desenvolvimento de documentos de planeamento estratégico de laboratório;
- Desenvolvimento de procedimentos de melhoria da qualidade necessárias para obter a acreditação externa;
- Disponibilidade para trabalhar em colaboração com grupos de laboratórios independentes ou semi-autónomos em todo o continente Africano no sentido de fazer progressos nas actividades estratégicas do CDC Africano conforme se relacionam com a tecnologia de laboratório;
- Supervisão de técnicos de laboratório e auxiliares;
- Familiaridade com a gestão de acordos de cooperação, bem como a aplicação de indicadores de desempenho para as iniciativas decorrentes desses acordos;
- Proficiência numa das línguas de trabalho da UA; o conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

17. Epidemiologista(s)

O CDC Africano procurará até 5 (cinco) indivíduos que podem servir nessas funções:

- a. **Analista de Dados de Vigilância Baseados em Eventos.** Este indivíduo deve possuir um diploma profissional de nível de Mestrado ou Doutoramento num campo académico relacionado à saúde ou ciências afins, de preferência humanas, veterinárias, biologia ou zoonótica. Ter demonstrado proficiência na destilação, interpretação e verificação de dados científicos e populares não estruturados. Capacidade de trabalhar colaborativamente numa equipe multidisciplinar. Proficiência em pelo menos duas das línguas de trabalho da UA, devido à necessidade de analisar os relatórios da língua estrangeira de órgãos de comunicação, blogs e websites.

- b. Assessor do Regulamento Sanitário Internacional.** Este indivíduo deve possuir um diploma profissional do nível de Mestrado ou Doutorado num campo académico relacionado à saúde ou ciências afins. A experiência anterior de trabalho num Ministério da Saúde, escritório nacional da Organização Mundial de Saúde, ou agência de saúde pública semelhante é obrigatória.

18. Bioestatística

A Bioestatística deve possuir um grau compatível com um curso de quatro anos inteiros de estudos conducentes ao Bacharelato ou a um grau mais elevado num campo académico relacionado com estatística, matemática, ou matemática aplicada. As habilidades organizacionais e analíticas fortes são obrigatórias. A capacidade de comunicar conceitos estatísticos para outros especialistas em saúde pública, bem como aos funcionários não-cientistas do governo é desejável. O indivíduo deve igualmente demonstrar experiência profissional nas seguintes áreas:

- Distinguir-se no uso de pacotes de análise estatística (*por exemplo*, SPSS, SAS, Stata, ou R) e programas básicos de banco de dados (*por exemplo*, Microsoft Excel);
- Proficiência numa das línguas de trabalho da UA; o conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

19. Economista de Saúde

O Economista da Saúde deve ter um Mestrado ou um grau ao nível de Doutorado em economia ou numa disciplina relacionada. O indivíduo deve ter uma experiência sólida em análise quantitativa e na redação científica. Pelo menos três a quatro anos de experiência de trabalho prévio em análise de política de saúde é desejável. As qualificações adicionais incluem:

- Evidência comprovada de realização científica (relatórios académicos ou publicações);
- Familiaridade com os aspectos de política única de saúde pública dentro de vários sectores (governo, organizações sem fins lucrativos, etc.);
- Proficiência numa das línguas de trabalho da UA; o conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

20. Editor Científico

O Editor Científico servirá como um Escritor-Editor Técnico para o CDC Africano. É responsável pelo desenvolvimento e edição de documentos técnicos para comunicar com precisão informações científicas para diversos públicos. Deve ter um Mestrado ou um grau ao nível de Doutorado em publicação científica ou

uma disciplina relacionada, e pelo menos 5 anos de experiência profissional na prestação de actividades relevantes relacionadas com a editoração científica. As suas principais atribuições e responsabilidades são as seguintes:

- Escrever e/ou editar documentos científicos e outros materiais gerais ou técnicos. Analisar o assunto e audiência, a fim de planear e fazer apresentação clara e precisa de materiais;
- Adaptar o estilo e o formato do produto para o meio ou publicação em que irá aparecer. Realizar a avaliação final dos materiais para a precisão técnica, estilo, boa organização, ênfase, e os aspectos editoriais antes da publicação;
- Redigir materiais e/ou edições factualmente precisas para conteúdo factual. Estes materiais incluem relatórios científicos, regulamentos, boletins informativos, artigos de revistas, comunicados de imprensa, materiais de formação, folhetos, manuais interpretativos, panfletos, documentos guias baseados na Web, trabalhos académicos, obras de referência, discursos, ou escritas;
- Produzir material por meio da recolha e verificação de dados, escritas e/ou edição de relatórios e panfletos, e desenvolvimento e apresentação de informações que são claras e compreensíveis para o público-alvo;
- Redigir ou editar projectos de alta prioridade, de alta visibilidade técnica, e materiais, tais como cartas, planos Directores, relatórios de resultados da investigação; artigos científicos ou técnicos; publicações de notícias e periódicos; regulamentos em áreas técnicas; manuais técnicos, especificações, brochuras e panfletos; e/ou discursos ou escritas sobre temas científicos ou técnicos com plena autoridade para tomar decisões editoriais necessárias para cumprir com a finalidade específica e com as utilizações pretendidas das publicações;
- Proporcionar orientação e direcção em termos de publicações em apoio à área de objecto científico/médico, tais como as ciências naturais ou sociais ou outros campos. Auxiliar na produção de materiais científicos sobre temas específicos. Reunir e verificar os dados e factos; escrever e/ou editar material técnico, tais como relatórios, imprensa, comunicados, artigos de jornal, documentos com base na Web, fichas técnicas e panfletos; e desenvolver e apresentar informações que são claras e compreensíveis para o público-alvo.

21. Especialista(s) em GEO Informação

O Especialista em GEO Informação deve possuir um grau compatível com um curso de quatro anos inteiros de estudos conducentes ao bacharelato ou a um grau mais elevado num campo académico relacionado a dados geo-espaciais e sistemas, pelo menos 2 ou 3 anos de experiência profissional no fornecimento de mapas relevantes para a variedade de sectores (incluindo o governo, militar, sem fins lucrativos, e privados). Este indivíduo deve ter proficiência técnica na

captação, pós-processamento, análise e divulgação de informações georreferenciadas. As qualificações adicionais incluem:

- Conhecimento de cartografia;
- Familiaridade com o gestão de banco de dados;
- Ampla habilidade com as tecnologias de GIS, incluindo software ArcGIS;
- Conhecimento de dados e sistemas geo-espaciais;
- Proficiência numa das línguas de trabalho da UA; conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

Funções Favoráveis

22. Oficial de Tecnologias de Informação e de Comunicação

O CDC Africano vai procurar (até) dois Oficiais de Tecnologia de Informação e Comunicação, que são capazes de criar, gerir e solucionar problemas na gestão de computadores e da rede da internet e da informação que acompanha um sistema de vigilância electrónica. Além disso, proficiência numa das línguas de trabalho da UA, embora o conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

23. Oficial Financeiro

O Oficial Financeiro deve possuir um grau ou diploma documentando formação formal em contabilidade e planificação financeira. Experiência anterior de trabalho em posições de liderança em que o indivíduo geriu, orçamentos grandes de alto valor no governo, no privado ou nos sectores sem fins lucrativos é obrigatória. Esta experiência de trabalho deve incluir supervisão financeira no dia-a-dia, bem como de gestão de investimentos de longo alcance. O indivíduo deve igualmente demonstrar competência em certas habilidades ou provas das seguintes qualidades:

- Proficiência usando software financeiro ou analítico necessário para controlar a alocação de fundos e de desembolsos;
- A conduta ética;
- Abordagem orientada para o detalhe meticuloso para a resolução de problemas;
- Proficiência numa das línguas de trabalho da UA; o conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

24. Oficial de Mobilização de Recursos

O Oficial de Mobilização de Recursos deve possuir um grau compatível com um curso de quatro anos inteiros de estudos conducentes ao bacharelato ou a um grau mais elevado num campo académico relacionado com a gestão de operações. Tendo em conta as orientações estratégicas do CDC Africano, o

oficial deve ter experiência em liderança decorrente de eventos de resposta a emergências anteriores. Este indivíduo deve igualmente demonstrar experiência profissional nas seguintes áreas:

- Planificação e gestão de orçamento;
- Habilidade na utilização máxima e eficiente dos recursos;
- Habilidades analíticas necessárias para o acompanhamento dos recursos alocados e o seu impacto;
- Planificação estratégica para uma organização em evolução;
- Proficiência numa das línguas de trabalho da UA; o conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

25. Administrador

O Administrador deve possuir um grau compatível com um curso de quatro anos inteiros de estudos conducentes ao bacharelato ou a um grau mais elevado num campo académico relacionado à gestão de operações. Este indivíduo deve ter experiência profissional anterior de trabalho ao nível executivo com o governo, com sectores com fins lucrativos comerciais, ou num sector sem fins lucrativos. Esta experiência deve incluir a experiência de gestão na administração de planos de trabalho da organização, execução de decisões tomadas pela liderança, o arquivo de documentos oficiais, organizar e priorizar as questões. O indivíduo deve igualmente demonstrar competências em certas habilidades ou provas das seguintes qualidades:

- Diplomático, engajamento colaborativo com altos funcionários, especialmente em ambientes de alta pressão;
- Forte capacidade de organização;
- Abordagem orientada para o detalhe metuculoso na resolução de problemas;
- Proficiência numa das línguas de trabalho da UA; o conhecimento de outras línguas de trabalho é desejável.

26. Chefe da Secção de Logística

O Chefe da Secção de Logística é responsável pela gestão de logística e das actividades relacionadas com o financiamento directamente aplicáveis ao apoio da equipa do Sistema de Gestão de Incidentes (IMS) durante uma resposta de emergência.

- Gerir todos os requisitos de apoio logístico de resposta;
- Providenciar apoio a viagens (internacionais e domésticas);
- Coordenar os requisitos de espaço/instalações adicionais para a resposta;
- Coordenar embarcações e aeronaves para apoiar as operações;
- Proporcionar equipamentos de implantação e suprimentos;

- Encomendar materiais/serviços de aprovisionamento;
- Providenciar suprimentos laboratoriais e médicos para as equipas;
- Submeter contribuições logísticas para o Plano de Acção de Incidentes (IAP) e SITREPs recorrentes;
- Participar das reuniões recorrentes de gestão de incidentes;
- Coordenar as actividades de logística com as organizações parceiras;
- Participar em Avaliações Após a Acção na sequência de uma activação de IMS;
- Observar todo o pessoal de logística para o estado;
- Planificar para a possibilidade de operações estendidas;
- Planificar para a possibilidade de proporcionar apoio logístico para várias respostas simultâneas.

2015-01-31

Report of the Commission on the Establishment of the African Centre for Disease Control and Prevention

African Union

DCMP

<https://archives.au.int/handle/123456789/8514>

Downloaded from African Union Common Repository