ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

28ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA
64ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 17 a 21 de setembro de 2012

Tema 4.11 da Agenda Provisória

CSP28/16 (Port.)
20 de agosto de 2012
ORIGINAL: INGLÊS

PLANO DE AÇÃO PARA MANTER A ELIMINAÇÃO DO SARAMPO, RUBÉOLA E SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Introdução

1. Este documento comunica aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) os progressos feitos na implementação da Resolução CSP27.R2 (2007), documentando e comprovando a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita (SRC) na Região das Américas e os *desafios* ainda existentes e os riscos para manter a região livre dessas doenças. Propõe-se também um plano de ação de emergência para manter a eliminação da transmissão do sarampo, rubéola e SRC na Região.

Antecedentes

2. Em 1994, durante a 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana, os ministros da saúde aprovaram a Resolução CSP24.R16, estabelecendo a meta da eliminação do sarampo da Região das Américas até 2000. A aprovação da resolução baseou-se na rápida e notável redução do sarampo demonstrada pelos países que tinham sido pioneiros no uso de estratégias de imunização para a eliminação[1]. A Região das Américas atingiu a meta da eliminação do sarampo em novembro de 2002.

3. O fortalecimento da vigilância do sarampo revelou também que a rubéola e a síndrome de rubéola congênita se haviam projetado como significativos problemas de saúde pública na Região. Em 1999, o Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Evitáveis por Vacinação (GTA) da OPAS recomendou o controle acelerado de rubéola e a

[1] A meta de eliminação do sarampo foi reafirmada pelas subsequentes Resoluções CD38.R6 (1995), que aprovou um Plano de Ação para Eliminação do Sarampo nas Américas, e CE118.R14 (1996), que exortou todos os países a alocar os recursos humanos e financeiros necessários para implementar plenamente as estratégias delineadas no plano regional.

prevenção da SRC com campanhas orientadas para uma ampla gama de idades, inclusive adultos jovens. Em 2003, o 44º Conselho Diretor aprovou Resolução CD44.R1, conclamando em Estados Membros a eliminar rubéola e a síndrome de rubéola congênita de seus territórios até 2010. Além disso, a resolução pediu que a Diretora "elaborasse um plano de ação regional e mobilizasse recursos para apoiar uma meta de eliminação de rubéola/SRC até 2010". Os últimos casos de rubéola endêmica e de SRC na Região foram notificados em 2009.

4. Em outubro de 2007, a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, considerando a eliminação do sarampo em 2002 e o progresso alcançado no sentido das metas de eliminação de rubéola e da SRC, aprovou Resolução CSP27.R2. Essa resolução instou Estados Membros a estabelecer Comissões Nacionais para documentar e comprovar a eliminação do sarampo, de rubéola e da SRC em cada país e autorizou a formação de um Comitê de Especialistas Internacionais (CEI) para documentar e verificar a interrupção da transmissão dos vírus de sarampo e de rubéola endêmicos na Região das Américas. Para assegurar um enfoque padronizado na documentação, a OPAS formulou um plano de ação regional que foi aprovado pelo CEI. O plano foi criado para orientar os países e suas Comissões Nacionais na compilação e analise das provas de que transmissão do sarampo e de rubéola endêmica tinha sido interrompida.

Análise da Situação

5. De acordo com a Resolução CSP27.R2, da Conferência Sanitária Pan-Americana, foi formado um Comitê de Especialistas Internacionais e 23 Comissões Nacionais foram estabelecidas, inclusive uma Comissão para os Departamentos Franceses do Exterior, nas Américas. Além disso, foi criada uma Comissão Sub-Regional para os países e territórios de língua inglesa e holandesa do Caribe, inclusive o Suriname.

6. Desde abril de 2012, 20 comissões, inclusive dos Departamentos Franceses e do Caribe de Língua Inglesa/Holandesa, apresentaram seus relatórios finais de eliminação à OPAS, para análise e comentário pelo Comitê Internacional de Especialistas. Os demais quatro países (Colômbia, Equador, Haiti e Peru) apresentarão seus relatórios no fim de agosto.

7. Após cuidadosa análise dos relatórios apresentados pelas Comissões Nacionais e pela Comissão Sub-Regional, parece ter sido lograda a interrupção da transmissão do sarampo endêmico e do vírus de rubéola. Contudo, a Região das Américas continua a ser exposta a um risco elevado de importações de vírus dada a circulação contínua de sarampo e rubéola em outras regiões do mundo. Além disso, alguns países registraram deficiências e falhas nos seus sistemas nacionais de vigilância e programas de vacinação de rotina, o que faz com que sejam particularmente vulneráveis ao risco de reintrodução do vírus podendo causar surtos.

8. Entre 2003 e 2010, foram notificados números historicamente baixos de casos de sarampo nas Américas. Durante esses oito anos, 34 de 45 países e territórios (76%) não notificaram caso algum de sarampo e outros cinco países (11%) notificaram juntos 10 casos confirmados. Os seis países (13%) restantes notificaram um total de 1.239 casos, sendo 99% dos 1.249 casos confirmados na Região durante esse período. A ocorrência de sarampo ficou limitada principalmente aos casos que tinham sido importados internacionalmente ou estavam vinculados à importação. Além disso, todos os genótipos identificados dos surtos ocorridos nas Américas desde 2003 têm sido importados à Região.

9. Em 2011, porém, foram notificados 1.379 casos de sarampo nas Américas, um aumento de oito vezes a média anual anterior, de 156 casos, entre 2003 e 2010. Esse aumento coincidiu com vários grandes surtos na Europa e na África. Dos 45 países e territórios, 33 (73,3%) não notificaram casos de sarampo e 9 (20%) notificaram 14 casos confirmados. Três países—Canadá, Equador e Estados Unidos (6,7%)—notificaram um total de 1.290 casos, 93% dos 1.379 casos confirmados na Região (dados não confirmados para 2012, segundo EW28/2012). Os genótipos mais geralmente identificados nesses três países incluem D4, que está circulando no continente europeu; B3, da África; e D8 e D9, do Sudeste asiático e Pacífico, respectivamente.

10. Os surtos de sarampo mais recentes, com várias transmissões secundárias, têm características semelhantes. A grande maioria dos casos ocorreu em grupos específicos de pessoas não vacinadas (grupos religiosos ou outros grupos que rejeitam a vacinação) ou em áreas geográficas específicas, como em comunidades indígenas, nas grandes cidades (especialmente nas periferias), e em zonas rurais e de fronteira com acesso limitado à atenção de saúde. Quase todos os casos de sarampo são associados à importação.

11. Os surtos atuais na Região põem em risco a eliminação do sarampo. Em 2011, foram documentados 171 surtos decorrentes de vírus de sarampo importados, e vírus importados causaram transmissões persistentes em pelo menos três países. Para destacar os desafios, os três maiores surtos são resumidos adiante.

12. O maior surto, com uma duração de sete meses (EW14/2011–EW40/2011), ocorreu no Canadá e foi resultado de uma importação de vírus de sarampo D4 da Europa. No Canadá, foram registrados 803 casos de sarampo em 2011,, 61% de todos os casos notificados na Região em 2011. Uma grande parte desses casos (684, 70%) foi centrada numa única província, Quebec. A exposição foi maior nas escolas (n = 329, 48%), em ambientes comunitários (n = 220, 32%). De todos os casos que ocorreram em Quebec em 2011, a maioria (68%) era vacinada, 9% receberam uma dose, 14% receberam duas doses e 9% informaram ter sido vacinados mas sem comprovação. As autoridades desenvolveram atividades de vacinação baseadas em escolas em toda a província, tendo em mira membros da comunidade escolar que não estavam plenamente imunizados

contra sarampo, com as duas doses recomendadas de vacina contra sarampo, parotidite e rubéola ou que não tinham vacinação adequada comprovada.

13. O segundo maior surto na Região ocorreu no Equador, onde parece que as crianças em algumas localidades rurais indígenas continuaram perdidas durante as atividades de imunização da rotina e complementares, criando assim focos de população suscetíveis. O surto se propagou a nove diferentes províncias no país. Ocorreu um total de 265 casos confirmados do sarampo em seis províncias em 2011, com 63 casos adicionais em três províncias em 2012 (dados até EW27/2012). O grupo de idade mais afetado foi o de menores de 5 anos. Foram identificados casos com o genótipo B3, geralmente encontrado na África, juntamente com um caso de D4 em geral visto na Europa. Para assegurar resposta rápida a esse surto de sarampo, uma campanha de manutenção destinada a crianças de até 15 anos foi alterada, começando mais cedo. Segundo o Ministério da Saúde, a cobertura de vacinação entre crianças de até 5 anos de idade foi de ≥95% na maioria das províncias. O Equador completou também as atividades de vacinação para a faixa etária de 5 a 14 anos. O último caso de sarampo foi notificado na EW25/2012 (dados de julho de 2012). Depois que nenhum novo caso do sarampo tenha sido notificado no país por um período de 12 semanas, as autoridades sanitárias desenvolverão três atividades principais para confirmar a interrupção da circulação do vírus do sarampo: (*a*) monitoração de cobertura rápida; (*b*) buscas de casos ativos de sarampo; e (*c*) retestagem de espécimes negativos de dengue para sarampo. Os resultados dessas atividades, inclusive a declaração final da Comissão Nacional sobre a eliminação de vírus endêmicos no Equador serão apresentados no relatório nacional final.

14. O Estado de São Paulo, Brasil, notificou o terceiro maior surto. Dos 27 casos confirmados em sete municípios, 20 faziam parte de três cadeias de transmissão e os outros 7 foram casos isolados. Todos os casos foram confirmados por critérios laboratoriais ou vínculo epidemiológico. Dez dos casos registrados haviam recebido pelo menos uma dose da vacina contra o sarampo e 9 tinham menos de 1 ano de idade. O genótipo D4 foi isolado em 9 dos 27 casos, dos quais 7 casos faziam parte de cadeias de transmissão e 2 foram casos isolados. Apenas 2 dos 7 casos isolados deram conta de viagem anterior ao estrangeiro. Apesar de extensas investigações epidemiológicas, não foi possível identificar a fonte de infecção para todos os casos isolados. Além disso, não foi possível confirmar a fonte de infecção de três casos-índice que resultaram em transmissões de doenças, embora os genótipos identificados indiquem importações da doença. A Comissão Nacional para documentação/comprovação da eliminação de sarampo e rubéola, com base em uma análise da epidemiologia e dos resultados das buscas retrospectivas de casos, concluiu que não há transmissão de vírus endêmico de sarampo na área.

15. Durante 1998–2006, os casos confirmados de rubéola nas Américas diminuíram em 98%, de 135.947 para 3.005. Em 2007, porém, as Américas acusaram um

ressurgimento de casos de rubéola devidos a importações do vírus de rubéola em países que inicialmente tiveram apenas mulheres por alvo durante campanhas de vacinação em massa. Os casos confirmados de rubéola aumentaram de 3.005 em 2006 para 13.187 em 2007, em resultado de surtos em três países. Foi notificado na Região em 2008 um total de 4.536 casos confirmados de rubéola; os casos em dois países representaram 98% deles. Como desafortunada consequência dos surtos de rubéola de 2008-2009, foi notificado um total de 27 casos da SRC nesses dois países. O último caso confirmado de SRC foi uma criança nascida no dia 26 de agosto de 2009 no Brasil. Em resposta a esses surtos, os países intensificaram as atividades de vigilância e intervenções de vacinação, desenvolvendo atividades complementares de imunização entre adolescentes e adultos. Os países que completaram campanhas para adolescentes e adultos de ambos os sexos não notificaram casos endêmicos de rubéola. O último caso confirmado de rubéola endêmica foi notificado em fevereiro de 2009. Naquele ano, dois países notificaram sete casos de rubéola associados a importação; em 2010, o total regional subiu a 15 casos de rubéola associados a importação; e em 2011, ocorreram novamente sete casos de rubéola importada (dados provisórios de abril de 2012). Nenhum caso endêmico de SRC foi notificado em 2010 ou 2011.

16. Apesar das limitadas informações epidemiológicas moleculares, o genótipo do vírus de rubéola 1C foi identificado como endêmico somente nas Américas, por não ter sido identificado em outras regiões do mundo. A última ocorrência de transmissão do vírus 1C ocorreu em 2005. Entre 2006 e 2009, o genótipo 2B foi isolado dos surtos notificados em três países e considerado endêmico nas Américas, mas a transmissão endêmica foi interrompida em 2009. Desde 2009, os vírus dos genótipos 1E, 1G, 1J e 2B estiveram vinculados a casos importados.

17. Durante a análise dos dados de eliminação de sarampo, rubéola e SRC, a Colômbia identificou clinicamente e em laboratório vários casos confirmados de rubéola clínica em 2008, 2009 e 2011. O primeiro caso detectado foi um caso de rubéola confirmado por laboratório em 2011, sem informação disponível sobre o genótipo. Investigações retrospectivas no mesmo departamento da Colômbia revelaram mais 8 casos de rubéola com confirmação de laboratório ou clínica entre 2008 e 2009. A maioria das pessoas afetadas não tinha histórico de vacinação. Embora se hajam realizado buscas retrospectivas e de casos ativos para complementar a pesquisa epidemiológica, elas não puderam identificar a fonte de infecção de todos esses casos. A Colômbia ainda precisa fazer buscas de casos ativos nas áreas epidemiologicamente silenciosas do país e apresentar os resultados da investigação junto com a declaração da Comissão Nacional sobre a eliminação de rubéola endêmica na Colômbia.

18. Embora o progresso rumo à meta de documentação e verificação da eliminação do sarampo, de rubéola e da SRC estivesse em curso no fim de 2011, algumas das Comissões Nacionais concluíram que a vigilância epidemiológica não é suficientemente

robusta para assegurar a manutenção da eliminação de rubéola e da SRC. Contudo, as Comissões afirmam que é possível fazer a documentação para comprovar a ausência das doenças endêmicas na Região se os pontos fracos identificados forem corrigidos sem demora. Para isso, os países são instados a tomar medidas imediatas para corrigir os desafios identificados durante o processo de verificação, a fim de assegurar que sejam mantidos os avanços na eliminação das doenças endêmicas.

19. Assegurar vacinação oportuna em resposta aos vírus de sarampo e rubéola importados tem-se tornado cada vez mais importante com os avanços conseguidos no tocante à documentação e verificação da eliminação de vírus endêmicos. Os Estados Membros tomaram caras medidas adicionais para reduzir o risco de novos surtos causado pela propagação internacional dos vírus de sarampo e rubéola. Essas medidas incluem atividades de imunização complementares e de rotina para fechamento de lacunas na imunidade da população, monitoramento de cobertura rápida, vacinação de populações vulneráveis e investigação oportuna de cada caso importado. Nas campanhas complementares para eliminação de sarampo e rubéola na Região, 485 milhões de pessoas foram vacinadas, muitas vezes paralelamente a campanhas simultâneas em curso nas zonas de fronteira com países vizinhos. As ações para conter surtos representam substanciais custos diretos para o orçamento de saúde pública e o sistema de atenção de saúde, com um custo líquido para o setor público de até US$10.000 por caso.[2]

20. Considerando os desafios restantes à manutenção da eliminação de sarampo e rubéola na Região das Américas, a 150ª Sessão do Comitê Executivo recomenda à 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana a aprovação de uma resolução sobre um plano de ação de emergência. Essa resolução deve instar os Estados Membros a fortalecer a vigilância ativa dessas doenças e a manter uma alta imunidade da população através da vacinação.

Proposta

21. Com o objetivo de manter a meta regional da eliminação do sarampo, de rubéola e da síndrome de rubéola congênita, e seguindo orientação do GTA, do CEI e da OPAS, foi formulado um plano de ação de emergência para os próximos dois anos para corrigir debilidades identificadas nos programas de imunização e vigilância para sarampo, rubéola, e SRC.

22. Os Estados Membros foram conclamados a verificar a interrupção dos casos de sarampo endêmico, rubéola e SRC em todos os países das Américas por um período de pelo menos três anos a partir do último caso endêmico conhecido, na presença de

[2] Sugerman DE, Barskey AE, Delea MG, et al. "Measles outbreak in a highly vaccinated population, San Diego, 2008: Role of the intentionally undervaccinated". *Pediatrics* 2010;125(4):747–55.

vigilância de alta qualidade e com coordenação e orientação da OPAS. Eliminação é a interrupção da transmissão de uma doença endêmica por um período de pelo menos 12 meses, sob vigilância de alta qualidade. Para manter esse avanço na eliminação e se basear nele, a OPAS insta os Estados Membros a implementar as seguintes ações, que são altamente recomendadas pelo CEI:

(a) Manter uma boa vigilância padrão da eliminação, inclusive aderência plena aos indicadores, e assegurar medidas oportunas e eficazes em resposta a surtos face a qualquer importação de vírus selvagem. Para assegurar a vigilância de alta qualidade, as seguintes atividades devem ser desenvolvidas como necessário:

i. executar avaliações externas rápidas de sistemas de vigilância de sarampo, rubéola e SRC, a fim de aumentar a robustez e qualidade da detecção e notificação de casos e fortalecer os registros das anomalias congênitas;
ii. levar a cabo buscas de casos ativos e avaliar a sensibilidade dos sistemas de vigilância nas áreas epidemiologicamente silenciosas;
iii. emitir os alertas de saúde para eventos que reúnem grandes massas (como os Jogos Olímpicos e Copa do Mundo da FIFA);
iv. incluir o setor privado na vigilância de doenças, dando especial ênfase à inclusão de laboratórios privados na Rede Regional de Laboratórios de Sarampo e Rubéola;
v. reforçar a colaboração entre equipes epidemiológicas e laboratoriais para melhorar a vigilância do sarampo e de rubéola, bem como a classificação final de casos suspeitos;
vi. melhorar o genótipo molecular dos casos confirmados em todos os surtos;
vii. abordar as lacunas e falhas nos sistemas de vigilância, identificadas pelas Comissões Nacionais.

(b) Manter uma alta cobertura de imunização da população contra sarampo e rubéola (≥95%). Para isso, recomendam-se as seguintes atividades:

i. Executar o monitoramento rápido da cobertura para identificar populações suscetíveis ao sarampo e à rubéola, concentrando-se particularmente em pessoas de alto risco que:

- vivem nas zonas de fronteira de trânsito intenso;
- vivem em áreas densamente povoadas como os assentamentos periféricos urbanos;
- vivem em áreas com baixa cobertura de vacinação ou altas taxas de evasão da vacinação;
- vivem em áreas que não notificam casos suspeitos (epidemiologicamente silenciosas);

- vivem em áreas com uma alta densidade populacional que também recebe um grande afluxo de turistas e outros visitantes, especialmente dos trabalhadores da indústria do turismo (como os que trabalham em aeroportos, portos, hotéis e no setor hoteleiro, guias turísticos), bem como os que vivem em áreas de baixa densidade ou áreas isoladas (destinos de ecoturismo);
- são geográfica, cultural ou socioeconomicamente difíceis de atingir; e
- se dedicam ao comércio (como feiras, mercados) ou vivem em áreas altamente industrializadas;

ii. executar atividades imediatas de vacinação nas áreas onde o monitoramento de cobertura rápida constata que a cobertura está abaixo do limiar recomendado de 95%;

iii. Executar campanhas de vacinação de seguimento de alta qualidade. Para assegurar altos níveis de imunidade, os países se comprometeram a executar tais campanhas (2008–2014) enquanto a Região está verificando sua condição de isenta de transmissão endêmica de sarampo e rubéola.

23. A implementação completa de atividades intensificadas de vacinação para manter o estado de eliminação será essencial assegurar ampla cobertura de imunização, principalmente em áreas que têm populações suscetíveis. Nas zonas onde os vírus de sarampo e rubéola ainda estão circulando, novos esforços para interromper a transmissão dos vírus e fazer pesquisas epidemiológicas devem se concentrar nos grupos populacionais vulneráveis não vacinados e nas zonas de alto risco.

24. Os países devem integrar as atividades propostas para manter a eliminação do sarampo, de rubéola e da SRC nos seus planos de ação anuais para programas nacionais de imunização, que refletirão um contínuo empenho político e financiamento suficiente.

25. Para assegurar execução do plano de ação de emergência para 2012–2014, a fim de manter a Região livre de sarampo, rubéola e SRC, o orçamento de US$1,5 milhão deve ser plenamente financiado.

Intervenção por parte da Conferência Sanitária Pan-Americana

26. Convida-se a Conferência a examinar o progresso feito na documentação e comprovação da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita nas Américas, a tomar nota das ações necessárias para manter a meta de eliminação, e a considerar a aprovação do projeto de resolução no Anexo A.

Anexos

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

28ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA
64ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 17 a 21 de setembro de 2012

CSP28/16 (Port.)
Anexo A
ORIGINAL: INGLÊS

PROJETO DE RESOLUÇÃO

PLANO DE AÇÃO PARA MANTER A ELIMINAÇÃO DO SARAMPO, RUBÉOLA E SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

A 28ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o relatório apresentado pela Diretora, *Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de rubéola Congênita na Região das Américas* (documento CSP28/16), que examina o progresso na documentação e comprovação da ausência dos vírus endêmicos do sarampo e rubéola na Região;

Tendo examinado as recomendações do Comitê Técnico Internacional para manter a Região das Américas livre da transmissão endêmica do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita;

Reconhecendo a enorme quantidade de trabalho feita pelos Estados Membros para monitorar o progresso de documentar e comprovar a interrupção da transmissão endêmica de sarampo e rubéola nas Américas como solicitado na Resolução CSP27.R2 (2007);

Observando que se obteve extraordinário progresso na interrupção da transmissão endêmica dos vírus do sarampo e rubéola;

Observando com preocupação que a continuidade da transmissão viral do sarampo e rubéola onde quer que seja no mundo representará um risco à Região das Américas e poderá causar possíveis importações de vírus e surtos até a transmissão de ambos os vírus seja interrompida em escala mundial;

Levando em consideração que, ao documentar e comprovar a eliminação dos vírus na Região, vários Estados Membros da OPAS identificaram dificuldades nos seus programas de vacinação, como fraca vigilância e cobertura heterogênea que põe em risco a eliminação do sarampo e rubéola;

Ciente de que são ainda necessários esforços consideráveis para conservar as metas de eliminação e que esta requer a colaboração entre governos e organizações parceiras com vínculos mais fortes entre os setores público e privado;

Reconhecendo a necessidade de elaborar um plano de ação de emergência para manter a Região livre do sarampo e rubéola e também a necessidade de controlar os riscos de longo prazo de reintrodução do vírus por meio de importações que podem levar ao ressurgimento do sarampo e rubéola,

***RESOLVE**:*

1. Felicitar todos os Estados Membros e seu pessoal da área da saúde pelo progresso feito até o momento para alcançar e manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita (SRC) nas Américas e documentar e comprovar a interrupção da transmissão endêmica destas doenças na Região.

2. Expressar agradecimento e solicitar o apoio contínuo das diversas organizações que, junto com a OPAS, vêm oferecendo apoio fundamental aos programas nacionais de vacinação e esforços nacionais para eliminar a rubéola e SRC. Entre estas organizações estão o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional, Aliança Mundial para Vacinas e Imunização, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Federação Internacional da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, Agência de Cooperação Internacional do Japão, Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Sabin Vaccine Institute, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Iniciativa de Sarampo e Rubéola, Fundação Internacional Lions Clubs, Igreja Adventista do Sétimo Dia, March of Dimes e Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

3. Instar todos os Estados Membros a:

(a) manter vigilância padrão da eliminação de alta qualidade e assegurar medidas oportunas e eficazes de resposta a surtos a qualquer importação de vírus selvagem. Para assegurar a vigilância de alta qualidade, as seguintes atividades devem ser realizadas como necessário:

i. realizar avaliações rápidas externas dos sistemas de vigilância de sarampo, rubéola e SRC a fim de aumentar a robustez e a qualidade da detecção e notificação de casos e fortalecer os registros de malformações congênitas;

ii. realizar buscas ativas de casos e examinar a sensibilidade dos sistemas de vigilância em áreas epidemiologicamente silenciosas;

iii. emitir alertas de saúde em megaeventos (como as Olimpíadas e Copa do Mundo da FIFA);

iv. incluir a participação do setor privado na vigilância de doenças com ênfase especial na inclusão dos laboratórios privados na Rede Regional de Laboratórios de Sarampo e Rubéola;

v. melhorar a colaboração entre as equipes de epidemiologia e laboratório para melhorar a vigilância do sarampo e rubéola e a classificação final dos casos suspeito;

vi. melhorar a determinação do genótipo molecular dos casos confirmados nos surtos;

vii. sanar as lacunas e falhas nos sistemas de vigilância, como identificado pelas Comissões Nacionais;

(b) manter elevada cobertura de vacinação das populações para sarampo e rubéola (95%). Para este propósito, as seguintes atividades são recomendadas:

i. implementar monitoração rápida da cobertura para identificar as populações suscetíveis ao sarampo e rubéola, concentrando-se particularmente nas pessoas de alto risco que:

- vivem em zonas de fronteira com trânsito intenso;
- vivem em áreas densamente povoadas como assentamentos em áreas periféricas urbanas;
- vivem em áreas com baixa cobertura de vacinação ou altas taxas de abandono de vacinação;
- que vivem em áreas que não fazem a notificação de casos suspeitos (epidemiologicamente silenciosas);
- vivem em áreas com uma alta densidade populacional que também recebe um grande afluxo de turistas e outros visitantes, especialmente dos trabalhadores da indústria do turismo (como os que trabalham em aeroportos, portos, hotéis e no setor hoteleiro, guias turísticos), bem como os que vivem em áreas de baixa densidade ou áreas isoladas (destinos de ecoturismo);

- que sãos de difícil acesso geográfico, cultural ou socioeconômico e
- que se dedicam ao comércio (como em feiras e mercados) ou que vive em áreas altamente industrializadas,

ii. implementar atividades de vacinação imediata em áreas onde o monitoramento rápido da cobertura índica uma cobertura inferior ao limite recomendado de 95%;

iii. implementar campanhas de vacinação de alta qualidade para assegurar altos níveis de imunidade enquanto a Região passa por processo de comprovar sua situação de livre da transmissão endêmica de sarampo e rubéola;

(c) integrar as atividades propostas para manter a eliminação do sarampo, rubéola e SRC nos planos de ação anuais para programas nacionais de vacinação.

4. Solicitar à Diretora a:

(a) continuar a prestar apoio técnico aos Estados Membros a fim de fortalecer a capacidade nacional dentro da estrutura de vacinações de rotina com o uso de estratégias que se concentram na melhoria da vigilância e notificação e no aumento da cobertura de vacinação nas populações vulneráveis e de difícil acesso;

(b) continuar com os esforços para captar os recursos adicionais necessários para superar os desafios descritos no Documento CSP28/16;

(c) continuar fazer a firme defesa da causa e captação de recursos para manter a eliminação regional do sarampo e rubéola, considerando as importações contínuas de vírus do exterior que continuam desafiando as metas atingidas;

(d) continuar a defender a causa junto com as outras regiões da OMS e seus parceiros de cooperação para o desenvolvimento para intensificar os esforços de aumentar a cobertura do sarampo e rubéola, com vista à eliminação destas doenças em todo o mundo.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repartição Sanitária Pan-Americana, o Escritório Regional do

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CSP28/16 (Port.)
Anexo B

Relatório para a Repartição sobre as implicações financeiras e administrativas dos projetos de resolução

1. Item da agenda: 4.11. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de rubéola Congênita na Região das Américas

2. Vínculo com o orçamento para programas 2012–2013:

(a) Área de trabalho: Programa Ampliado de Imunização (FCH/IM)

(b) Resultado previsto: Redução de mortalidade e morbidade decorrente do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita (SRC) na Região de Américas e melhoria da saúde da população mantendo a Região livre da transmissão endêmica de sarampo e rubéola (ODM 4, ODM 5)

Após análise cuidadosa do estudo regional sobre a eliminação de vírus realizado como parte do processo de comprovação da ausência dos vírus endêmicos de sarampo e rubéola nas Américas, parece que se atingiu a interrupção da transmissão viral endêmica do sarampo e rubéola na Região das Américas. Apesar desses sucessos, várias tendências na Região são motivo de preocupação.

A Região continua em risco de surtos de doenças decorrentes de importações de vírus. Além disso, vários Estados Membros identificaram os pontos fracos em seus programas de vacinação e sistemas de vigilância durante o processo de documentação, o que poderia comprometer a manutenção da eliminação regional se estas lacunas não forem resolvidas prontamente. A manutenção da eliminação de rubéola e síndrome de rubéola congênita (SRC) na Região das Américas será alcançada ao se assegurar que os 39 Estados Membros e territórios continuem a vigilância integrada de sarampo/rubéola e a vigilância reforçada da SRC e que todos os Estados Membros e territórios da Região continuem a implementar intervenções de imunização eficazes, inclusive o fortalecimento de serviços de vacinação de rotina e implementação de campanhas para manter a vacinação em dia. Reitera-se aos Estados Membros que permaneçam vigilantes e tomem medidas apropriadas para melhorar a sensibilidade da vigilância ativa dessas doenças, assegurem a cobertura de vacinação homogênea e a alta qualidade dos serviços laboratoriais e preparem um plano para minimizar os riscos de reintrodução de vírus e ressurgimento da transmissão endêmica de sarampo, rubéola e SRC na Região.

3. Implicações financeiras

(a) Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência (arredondado para os US$ 10.000 mais próximos, inclui pessoal e atividades): A resolução, que será apresentada à Conferência Sanitária Pan-Americana, complementa o documento sobre sarampo, rubéola e eliminação da SRC, enfocando o plano de ação

regional de emergência para manter a eliminação da transmissão endêmica do vírus do sarampo e rubéola na Região das Américas em 2012–2013. Os custos estimados são descritos no quadro abaixo.

Atividade	**Custo estimado em US$**	**Ano**
Sanar as lacunas e falhas nos sistemas de vigilância, como identificado pelas Comissões Nacionais	120.000	2012–2013
Realizar buscas ativas de casos para examinar a sensibilidade dos sistemas de vigilância em áreas epidemiologicamente silenciosas	50.000	2012
Incluir a participação do setor privado na vigilância de doenças com ênfase especial na inclusão dos laboratórios privados na Rede Regional de Laboratórios de Sarampo e Rubéola	35.000	2012–2013
Melhorar a colaboração entre as equipes de epidemiologia e laboratório para melhorar a vigilância do sarampo e rubéola e a classificação final dos casos suspeitos	220.000	2012–2013
Melhorar a determinação do genótipo molecular dos casos confirmados nos surtos	250.000	2012–2013
Fazer o monitoramento da cobertura rápida em populações de alto risco seguido da vacinação imediata nas áreas onde a cobertura é inferior a 95%	250.000	2012–2013
Dar apoio a campanhas de manutenção de qualidade alta	500.000	2012–2013
Dar apoio a atividades de contenção de surtos	50.000	2012–2013
Emitir alertas de saúde em megaeventos	25.000	2012–2013
TOTAL	1.500.000	

(b) Custo estimado para o biênio 2012–2013 (arredondado para os US$ 10.000 mais próximos, inclui pessoal e atividades): No documento sobre *Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de rubéola Congênita na Região das Américas*, que inclui o Plano de Ação Regional de Emergência para manter a Região livre da transmissão endêmica de vírus, estima-se que a implementação do plano teria um custo de US$ 1,5 milhão (2012–2013).

(c) Do custo estimado em *b)* o que pode ser incluído nas atividades já programadas? Os recursos para as atividades programadas para o período 2012–2013 foram destinados para a) fortalecer a vigilância integrada do sarampo/rubéola e SRC, b) implementar atividades de imunização complementares, c) realizar treinamentos em pessoal da saúde e laboratoristas, d) avaliar intervenções relacionadas à eliminação do sarampo e rubéola e e) realizar gastos associados com a finalização do processo de documentação e verificação

da eliminação a transmissão endêmica do sarampo, rubéola e SRC na Região. Uma proporção relativamente alta dos fundos foi executada a fim de apoiar atividades intensificadas de vacinação no Haiti para aumentar a cobertura de vacinação do sarampo, rubéola e poliomielite visto que o país foi considerado uma área de alto risco, pois a população tinha a menor taxa de imunização contra essas doenças na Região.

A implantação do Plano de Ação Regional de Emergência para manter a eliminação do sarampo, rubéola e SRC, como descrita nesta nova resolução, foi em parte incorporada nas atividades apoiadas no Acordo de Cooperação dos CDC-OPAS para manter a eliminação do sarampo, rubéola e SRC nas Américas (em vigor até abril de 2014); também uma pequena parte dos fundos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos EUA financiará alguns componentes do projeto para melhorar a determinação do genótipo molecular. Porém, um grande déficit financeiro (estimado em US$ 1,4 milhão) precisa ser sanado para que sejam realizadas as atividades para manter a eliminação regional. Ou seja, é preciso captar fundos adicionais para custear as demandas do plano de manutenção através de esforços de colaboração da OPAS e seus parceiros.

4. Implicações administrativas

(a) Indicar os níveis da Organização em que o trabalho será realizado: Após análise cuidadosa dos relatórios apresentados pelas Comissões Nacionais e Sub-regional como parte final do projeto de documentação e confirmação da eliminação dos vírus endêmicos do sarampo e rubéola nas Américas, parece que se atingiu a interrupção da transmissão viral endêmica de sarampo e rubéola. Porém, diante das dificuldades existentes para manter a eliminação do sarampo e rubéola na Região das Américas, considerou-se necessário elaborar um plano de ação para manter os resultados alcançados. O Plano de Ação de Emergência concentra as atividades principais no âmbito nacional a fim de fortalecer os sistemas de vigilância e assegurar alta cobertura de vacinação homogênea nos países. O plano complementa e fortalece as atividades normais já planejadas para manter o apoio técnico e administrativo nos níveis regional e nacional para a implementação com êxito de estratégias eficazes, como campanhas de vacinação em massa e fortalecimento da vigilância integrada de sarampo/rubéola de alta qualidade e da vigilância da SRC e programas de vacinação de rotina.

(b) Pessoal adicional necessário (indicar o pessoal adicional necessário no equivalente de tempo integral, indicando as habilidades necessárias):

Não se faz necessário mais pessoal em regime de tempo integral para realizar as atividades recomendadas. As recomendações do Comitê Técnico Internacional são implementadas pelos próprios países com o apoio do pessoal técnico da OPAS na sede e nos Escritórios Regionais.

Porém, com base na aprovação da nova resolução, que inclui o Plano de Ação de Emergência para Manter a Eliminação Regional do Sarampo, Rubéola e SRC, pela Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2012, a OPAS talvez precise mobilizar dois especialistas para dar apoio aos Estados Membros para que possam implementar as recomendações do Comitê Técnico Internacional com rapidez a fim de

manter os resultados alcançados quanto à eliminação. Esses consultores em campo com contratos de curto prazo dariam apoio à manutenção da eliminação do sarampo e rubéola na Região ao ajudar os países para sanar as lacunas e falhas identificadas na documentação e comprovação da eliminação regional dos vírus endêmicos. Esses especialistas externos com contratos de curto prazo devem trabalhar principalmente na avaliação dos sistemas de vigilância do sarampo/rubéola e ajudar a avaliar a cobertura de vacinação (foco nas áreas de alto risco) ao se usar o monitoramento rápido da cobertura das atividades recomendadas no Plano de Ação de Emergência. A duração do trabalho em campo variará dependendo do trabalho designado, mas o total de meses cumulativos não será superior a 12 semanas.

(c) Cronogramas (indicar o cronograma geral de implementação e avaliação): As atividades recomendadas serão executadas em 2012 e começarão com a avaliação da cobertura de vacinação e qualidade dos sistemas de vigilância nos países de alto risco. Essas atividades devem ser finalizadas ao final de 2012 ou assim que os fundos estiverem disponíveis. Os resultados das avaliações serão usados para melhor direcionar esses países a aperfeiçoar seus programas de vacinação e sistemas de vigilância para manter a situação de eliminação regional. As ações corretivas com base nas recomendações do Comitê Técnico Internacional e os resultados das avaliações serão em parte implementados na segunda metade de 2012 e em 2013.

CSP28/16(Port.)
Anexo C

FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR ITEMS DA AGENDA COM MANDATOS DE ORGANIZAÇÃO

1. Item da agenda: 4.11. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de rubéola Congênita na Região das Américas

2. Unidade responsável: Projeto de Imunização Integral da Família (FCH/IM)

3. Responsável: Cuauhtemoc Ruiz Matus

4. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este item da agenda:

- Ministérios da Saúde (de todos os países da América Latina e Caribe)
- Organização Mundial da Saúde
- UNICEF
- Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos
- Agência de Saúde Pública do Canadá
- Centro de Epidemiologia do Caribe
- Centro Latino-Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano
- Grupo Técnico Assessor Regional em Doenças que Podem ser Prevenidas com Vacinação
- Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
- Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional
- Aliança GAVI
- Banco Interamericano de Desenvolvimento
- Agência Espanhola de Cooperação Internacional para Desenvolvimento
- Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
- Agência de Cooperação Internacional do Japão
- March of Dimes
- Iniciativa de Sarampo e Rubéola
- Sabin Vaccine Institute
- Fundo das Nações Unidas para a Infância
- Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
- Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
- Fundação Internacional do Lions Club

5. Vínculo entre o item da agenda e a Agenda para Saúde das Américas 2008–2017:

O item da agenda está vinculado aos princípios, valores e áreas da ação descritos na Agenda de Saúde das Américas.

Princípios e valores: direitos humanos, universalidade, acesso e inclusão; solidariedade pan-americana e equidade na saúde.

O item da agenda está vinculado diretamente aos seguintes elementos para ação: redução do risco e da morbidade e fortalecimento da segurança de saúde.

O item da agenda está vinculado indiretamente aos seguintes elementos para ação: fortalecimento da autoridade sanitária nacional; abordagem dos determinantes da saúde; maior acesso a serviços de saúde de qualidade; fortalecimento da gestão e desenvolvimento dos profissionais de saúde e aproveitamento do conhecimento, ciência e tecnologia.

6. Vínculo entre o item da agenda e o Plano Estratégico 2008–2012:

OE 1. Reduzir o ônus sanitário, social e econômico das doenças transmissíveis (RER 1.2 e RER 1.3).
OE 4. Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas fundamentais da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos
OE 10. Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde
OE 12. Garantir melhor acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias médicas

7. Boas práticas nesta área e exemplos de outros países dentro da Região das Américas:

A Região das Américas tem experiências importantes ao implementar estratégias de eliminação e erradicação do sarampo, rubéola e SRC. Devido aos esforços de eliminação feitos pelos Estados Membros , o sarampo endêmico foi eliminado; progresso animador foi feito na rubéola endêmica cuja transmissão parece ter sido interrompida em todos os países resultando em nenhum caso endêmico de rubéola e SRC nos últimos anos.

a) Papel dos programas de vacinação do sarampo e rubéola em fortalecer a capacidade dos profissionais de saúde, manter o compromisso político e das comunidades, e na mortalidade e morbidade especialmente em crianças.

b) Estratégias para eliminação e manutenção da eliminação do sarampo, rubéola e SRC, incluindo melhorias na vigilância e capacidade laboratorial para enfrentar novos desafios na era pós-eliminação.
c) Evolução e sustentabilidade dos programas nacionais de vacinação com capacidade de apoiar a manutenção da eliminação regional do sarampo, rubéola e SRC.
d) Resposta rápida a endemias e melhora da capacidade nacional de lidar com importações de doenças.
e) Maior capacidade nacional para tomar decisões com base científica.
f) Desenvolvimento de estratégias/iniciativas para ter acesso às populações vulneráveis com serviços de vacinação de qualidade.
g) Lições aprendidas a dar apoio à transição de programas de vacinação infantil a programas familiares.

Como as Américas progrediram mais rápido que as outras regiões da OMS em relação à eliminação dessas doenças, a Região desempenha um papel importante em termos de dividir as boas práticas e lições aprendidas com as outras regiões e países no mundo.

8. Implicações financeiras do item da agenda:

O orçamento estimado para programas para o biênio 2012–2013 é de US$ 1,5 milhão. Isto significa que é preciso captar fundos para apoiar as necessidades do plano de manutenção através de esforços de colaboração da OPAS e seus parceiros.

- - -