

154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

Tema 7.6 da Agenda Provisória

CE154/INF/6
7 de maio de 2014
Original: espanhol

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

Introdução

1. Neste relatório são apresentadas aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) as evidências que indicam que se alcançou a interrupção da circulação endêmica dos vírus do sarampo e da rubéola em os países das Américas. Além disso, informa-se sobre o progresso na implementação do plano de ação para manter a eliminação destas doenças nos países e territórios.

Antecedentes

2. A 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana de 2007 aprovou a Resolução CSP27.R2, na qual se instava os Estados Membros a instituir em todos os países comissões nacionais para documentar e confirmar a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita (SRC). Também foi solicitada a formação de um Comitê Internacional de Especialistas (CIE) para documentar e confirmar a eliminação regional das doenças.

3. Além disso, para manter a eliminação do sarampo, rubéola e SRC, a 28ª Conferência Pan-americana de 2012 aprovou a Resolução CSP28.R14 para a implementação de um plano de ação de emergência nos dois anos seguintes.

Análise da situação

4. A eliminação do sarampo e rubéola é a interrupção da transmissão endêmica destes vírus por um período de pelo menos 12 meses, sob vigilância de alta qualidade, segundo a definição de eliminação adotada pela OPAS/OMS. Para confirmar a eliminação destas doenças, os países têm de documentar tal interrupção por um período mínimo de três anos, a partir da data do último caso endêmico. Com a finalidade de implementar o processo de documentação, foi criado o Comitê Internacional de

Especialistas e constituídas 23 comissões nacionais, uma delas para os departamentos ultramarinos da França nas Américas, além de uma Comissão sub-regional para os países e territórios de língua inglesa e de língua holandesa do Caribe, que inclui o Suriname.

5. As comissões nacionais enviaram ao CIE, através da OPAS/OMS, relatórios sobre a eliminação avaliados por seus países. Estes relatórios foram analisados cuidadosamente pelo CIE. As observações feitas foram canalizadas através da OPAS/OMS a fim de que fossem melhoradas e posteriormente enviadas uma versão final.

6. Os membros do CIE visitaram oito países a fim de analisar o progresso realizado e identificar os desafios para manter a eliminação. Foi feito um seguimento especial, que exigiu mais de uma visita e sessões virtuais com as autoridades nacionais nos países que apresentaram surtos sustentados de sarampo no período 2011-2013 ou que identificaram casos esporádicos de rubéola em buscas retrospectivas.

7. Foram realizadas pelo menos cinco reuniões entre o CIE e todas as comissões nacionais destinadas a analisar as tendências epidemiológicas do sarampo e rubéola, além de monitorar o progresso para a confirmação da eliminação. Estas reuniões também serviram para continuar defendendo a ideia de manter a eliminação e garantir o compromisso político e financeiro dos países.

8. As comissões nacionais e a comissão sub-regional apresentaram evidências nos seus relatórios de eliminação, que indicam a interrupção da transmissão endêmica dos vírus do sarampo e da rubéola nos seus países e territórios. As provas, que foram analisadas pelo CIE na quinta reunião realizada em abril de 2014, são as seguintes:

- a) Os Estados Membros documentaram o último caso de transmissão endêmica de sarampo e de rubéola nos seus países e territórios. Os casos notificados posteriormente estiveram relacionados à importação, segundo os dados epidemiológicos e de epidemiologia molecular. Os últimos casos endêmicos de sarampo e de rubéola na Região ocorreram no dia 16 de novembro de 2002 e 3 de fevereiro de 2009, respectivamente. O último caso endêmico de SRC ocorreu em uma criança nascida no dia 26 de agosto de 2009.
- b) Entre 2003 e 2010 foram notificados um número historicamente baixo de casos de sarampo (associados à importação) nas Américas, com uma média anual de 156 casos e um total de 1.249 casos durante este período. Em 2011, foram notificados 1.369 casos de sarampo, número que é quase nove vezes superior à média anual registrada entre 2003 e 2010. Em 2012, o número de casos caiu para 143 e, em 2013, foram notificados 473 casos¹. Estes picos na notificação de casos de sarampo coincidem com extensos surtos de sarampo na Europa e África.

¹ Dados em 5 de maio de 2014 correspondentes ao ano de 2013.

- c) O número de casos de rubéola associados com a importação tem sido pequeno, ao todo 68 casos notificados em sete países no período 2009–2013, com uma média anual de 13 casos. Em relação à SRC, foram notificados em 2012 três casos associados à importação nos Estados Unidos.
- d) No período 2009-2013, em média, a Região atingiu quatro dos cinco indicadores de vigilância epidemiológica² (>80%) de maneira sustentada (entre 83% e 91%). O indicador de investigação adequada somente pôde ser alcançado em 2011 devido à dificuldade de vários países de realizar a visita domiciliar nas primeiras 48 horas após a notificação de caso suspeito.
- e) Devido à heterogeneidade entre os países e internamente em um mesmo país, para o firme cumprimento dos indicadores de vigilância, no período 2010–2013, 16 de 23 países com comissões nacionais fizeram buscas ativas institucionais e comunitárias para documentar a ausência de casos de sarampo e de rubéola no próprio território. Os países estabeleceram critérios para identificar as áreas onde seriam realizadas as buscas ativas, tais como municípios que não estavam notificando casos suspeitos, áreas de alto fluxo turístico, migratório ou deslocamento populacional, áreas de fronteira, com baixa cobertura de vacinação, presença de grupos étnicos de risco, entre outras.
- f) No mesmo período e com a finalidade de documentar a ausência de casos de SRC, 16 de 23 países que têm comissões nacionais fizeram buscas retrospectivas de casos suspeitos, usando várias fontes de informação. Entre os critérios para selecionar as instituições onde seriam feitas as buscas estavam nível de atenção e serviços prestados, bem como localização em áreas com falhas habituais de notificação de casos suspeitos de SRC. Cada país constituiu uma unidade de análise com as autoridades sanitárias nacionais e membros de sociedades científicas, além de especialistas de organismos internacionais como a OPAS, para a revisão e a classificação final dos casos compatíveis encontrados. Não foi confirmado nenhum caso de SRC.
- g) Como a presença de casos de dengue em vários países poderia ter mascarado os casos de sarampo e de rubéola, 15 de 23 países com comissões nacionais e a Comissão Sub-regional do Caribe examinaram sarampo e rubéola em uma porcentagem de amostras de pacientes com exantema procedentes de áreas de circulação do vírus da dengue. O mesmo foi feito com amostras com resultados negativos para dengue de áreas onde haviam sido notificados casos suspeitos de sarampo. Nenhuma das amostras examinadas foi positiva para sarampo ou rubéola.

² Os indicadores são os seguintes: percentual de unidades que notificam semanalmente, percentual de casos com investigação adequada (indicador composto pelo percentual de casos com visita domiciliar nas primeiras 48 horas após o caso ser notificado e percentual de casos com os seguintes 8 dados completos), percentual de casos com amostras de sangue adequadas, percentual de amostras de sangue que chegam ao laboratório nos primeiros 5 dias e percentual de resultados laboratoriais informados em menos de 4 dias.

- h) O genótipo D9 foi isolado no último surto endêmico de sarampo notificado na Colômbia e Venezuela em 2002. A partir de 2003, os países têm documentado a importação de casos de sarampo com a identificação dos genótipos virais. No período 2009–2013, os vírus dos genótipos B3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, G3, H1 e H2 foram identificados em 90% dos casos. Os genótipos D4 e D8, que circulam predominantemente na Europa, foram encontrados em 88% dos surtos, enquanto que o genótipo B3, que circula predominantemente na África, foi identificado no surto de maior duração (Equador 2011-2012).
- i) O genótipo 1C foi identificado como sendo endêmico para rubéola nas Américas, já que não foi encontrado em outras regiões do mundo. O último caso de transmissão de vírus do genótipo 1C ocorreu em 2005. Entre 2006 e 2009, foi isolado o genótipo 2B em surtos notificados em três países, sendo o 2B também considerado endêmico na Região. No período 2009-2013, os genótipos 1E, 1G, 1J e 2B notificados foram associados a casos importados.
- j) Os países apresentaram uma análise para demonstrar que todas as coortes com 40 anos de idade ou menos foram vacinadas contra sarampo e rubéola. Entre 1994 e 2013, cerca de 500 milhões de pessoas foram vacinadas em campanhas para pôr a vacinação em dia (menores de 15 anos), completar o calendário de vacinação (em geral crianças de 1 a 4 anos) e reforço (em geral pessoas com 20 a 39 anos). Para complementar as análises de coortes, 18 de 23 países com comissões estimaram o acúmulo de indivíduos suscetíveis, como passo anterior para definir a população-alvo das campanhas seguindo o calendário de vacinação e de reforço. Os países da América Latina realizaram nos últimos 5 anos pelo menos uma campanha seguindo o calendário de vacinação.

9. Durante a quinta sessão do CIE, o Brasil apresentou a atual situação epidemiológica do surto sustentado de sarampo nos estados do Ceará e Pernambuco, onde foram confirmados 379 casos no período de 2013–2014.³ O primeiro caso foi registrado em 19 março de 2013 e o último registro de caso foi em 22 de abril de 2014. Os casos estão distribuídos em 24 dos 185 municípios de Pernambuco e 12 dos 184 municípios do Ceará. As faixas etárias mais afetadas neste surto são crianças menores de 1 ano (42%). O genótipo identificado do vírus é D8. O Brasil lançou uma campanha de vacinação direcionada a crianças menores de 5 anos nos estados afetados e intensificou a vigilância epidemiológica como parte dos esforços para conter esta epidemia.

10. Após revisar os dados apresentados nos relatórios de eliminação, e incluídos os dados do surto no Brasil, o CIE concluiu na sua quinta reunião que aguarda evidências bem fundamentadas demonstrando a interrupção da transmissão do vírus do sarampo no Brasil para poder declarar a eliminação do sarampo, rubéola e SRC das Américas.

³ Dados até a semana epidemiológica 18, 2014.

Sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e SRC

11. Em cumprimento da Resolução CSP28.R14 (2012), 20 comissões nacionais apresentaram um plano de sustentabilidade da eliminação para o período 2013–2015, com ações concretas para abordar os desafios identificados nos seus sistemas de vigilância epidemiológicos e programas de vacinação de rotina.

12. Para manter a eliminação, faz-se necessária a cobertura de 95% ou mais com duas doses de SRP ou SR⁴ ao nível municipal. A segunda dose de SR ou SRP evita que o acúmulo de crianças suscetíveis atinja níveis de risco. Em 2012, a média regional de cobertura com a primeira dose (SRP1) foi de 94%, enquanto que para a segunda dose (SRP2) foi somente de 77%. Bolívia, Guatemala, Haiti, Honduras e República Dominicana não introduziram a SRP2 no esquema de vacinação corrente, mas dão a segunda dose por meio de campanhas periódicas para completar o calendário de vacinação (a cada 4 ou 5 anos). Visando atingir a mais alta cobertura possível com a SRP2, em 2013, o Grupo Técnico Assessor (GTA) em Doenças Preveníveis por Vacinação da OPAS/OMS recomendou aplicar a SRP2 aos 15–18 meses de idade simultaneamente com outras vacinas do esquema corrente, como o primeiro reforço da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP).

13. Cinco países organizaram campanhas para completar o calendário de vacinação entre 2012 e 2013, sendo que oito países farão campanhas semelhantes entre 2014 e 2015. A fim de assegurar uma cobertura homogênea de 95% ou mais em todos os municípios, os países que realizaram campanhas implementaram o monitoramento rápido da cobertura vacinal. Esta metodologia continuará a ser aplicada pelos países que intensificarão a vacinação em áreas de alto risco. Ela permite identificar bolsões de indivíduos não vacinados, que de outra maneira poderiam ficar mascarados nas coberturas médias registradas pelos municípios.

14. Os Estados Membros da OPAS/OMS fortaleceram os seus sistemas de vigilância para detectar cada caso de sarampo ou de rubéola que surgir. Foram emitidos alertas epidemiológicos com a realização de eventos de massa internacionais (por exemplo, a Copa do Mundo de Futebol 2014 no Brasil e a Copa do Mundo Sub-20 na Colômbia). Estreitou-se a coordenação com o setor privado, inclusive com os laboratórios, já que muitos casos associados à importação de sarampo e de rubéola foram detectados no setor privado. Por outro lado, foi fortalecido o trabalho intersectorial com instituições vinculadas ao turismo, para que o pessoal que trabalha nesta área esteja devidamente vacinado. Pelo menos quatro países, por recomendação de suas comissões nacionais, avaliaram os próprios sistemas de vigilância epidemiológica, com ênfase especial em áreas silenciosas, utilizando o guia de avaliação da OPAS/OMS.

15. Para fortalecer as capacidades nacionais de pesquisa e o controle oportuno de surtos, a OPAS/OMS elaborou e validou um guia que reúne as lições aprendidas no

⁴ SRP (tríplice viral): vacina contra sarampo, rubéola e caxumba.
SR (dupla viral): vacina contra sarampo e rubéola.

controle de surtos na fase pós-eliminação. Além disso, ela continua prestando ajuda técnica para replicação da capacitação nos níveis subnacionais e formação e institucionalização de equipes de resposta rápida em caso de surtos.

Chamado à ação (próximos passos)

16. O presidente do CIE apresentará as evidências que indicam a eliminação do sarampo, rubéola e SRC nas Américas, quando houver evidências disponíveis por parte do Brasil. Por outro lado, ele fará um apelo aos Estados Membros e aos parceiros estratégicos para que reafirmam o seu firme compromisso em manter a eliminação. Para tal, os países devem:

- a) Implementar ações para manter a eliminação e integrá-las progressivamente aos seus planos anuais de imunização a fim de manter o apoio político e a alocação de recursos financeiros.
- b) Continuar com a implementação das estratégias de vacinação (programa de rotina, campanhas para completar o calendário de vacinação) a fim de garantir níveis altos e homogêneos de imunidade populacional.
- c) Manter um sistema de vigilância epidemiológica de alta qualidade que abranja a detecção oportuna de casos e a implementação de resposta rápida em caso de importação de sarampo ou de rubéola.
- d) Divulgar as lições aprendidas no processo de documentação e confirmação da eliminação, incluindo as ações para manter a eliminação.

Intervenção pelo Comitê Executivo

17. Solicita-se ao Comitê Executivo que tome nota do presente relatório do CIE e faça as recomendações que julgar pertinentes para manter a eliminação do sarampo e da rubéola na Região das Américas.
