

Reunião ad hoc do GTA Julho de 2018

Quarta Reunião ad hoc do Grupo Técnico Assessor (GTA)
sobre Doenças Imunopreveníveis

10 de julho de 2018
Washington, D.C.
Estados Unidos



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Membros do GTA

J. Peter Figueroa

Professor de Saúde Pública, Epidemiologia e HIV/AIDS
Universidade das Índias Ocidentais
Kingston, Jamaica

Presidente do GTA

Jon K. Andrus

Professor Adjunto e Pesquisador Sênior
Center for Global Health, Division of Vaccines and Immunization
Universidade do Colorado
Washington, D.C., EUA

Roger Glass

Diretor
Forgarty International Center e Diretor Associado de Pesquisa Internacional
NIH/JEFIC-Institutos Nacionais de Saúde
Bethesda, MD, EUA

Akira Homma

Presidente do Conselho de Política e Estratégia
Instituto Bio-Manguinhos
Rio de Janeiro, Brasil

Arlene King

Ex-Médico-Chefe de Saúde para Ontário, Canadá
Professor Adjunto
Dalla Lana School of Public Health
Universidade de Toronto
Ontário, Canadá

Nancy Messonnier

Diretora
Centro Nacional para Imunização e Doenças Respiratórias
Centros para Controle e Prevenção de Doenças
Decatur, GA, EUA

José Ignacio Santos

Professor
Unidade de Medicina Experimental
Faculdade de Medicina da Universidade Nacional Autônoma do México
Cidade do México, México

Cristiana Toscano

Professora
Universidade Federal de Goiás
Goiânia, Brasil

Jeanette Vega*

Diretora

Fundo de Saúde Nacional do Chile

Santiago, Chile

Alba Maria Roperó-Alvarez

Secretária ad hoc

Assessora Regional de Imunização, em nome de Cuauhtémoc Ruiz-Matus

Chefe de Unidade, Imunização Integral da Família

OPAS/OMS

Washington, D.C., EUA

*Ausente na reunião

Índice

Introdução.....	5
Atualização com relação à Situação Epidemiológica do Sarampo e Implicações para a Eliminação do Sarampo nas Américas.....	6
Recomendações	12
Atualização com relação aos Surto Constantes de Difteria nas Américas	13
Atualização Regional com relação à Poliomielite	15
Atualização com relação à Situação Epidemiológica da Febre Amarela no Brasil.....	18

Introdução

No dia 10 de julho de 2018, a OPAS convocou uma reunião extraordinária de seu Grupo Técnico Assessor (GTA) sobre Doenças Imunopreveníveis, a fim de discutir a grave situação referente ao sarampo nas Américas, e a implementação das recomendações do GTA da OPAS, introduzidas em março de 2018. Desde 30 de junho de 2018, a transmissão do sarampo na Venezuela vem ocorrendo há mais de um ano. Por isso, considera-se que transmissão endêmica do sarampo se restabeleceu na Venezuela. Esta situação requer ações regionais e uma resposta urgente de saúde pública, com o intuito de alcançar e manter a eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas. Existe, também, uma necessidade premente de clara orientação aos países que passaram por outra transmissão endêmica, sobre os requisitos para uma segunda verificação de eliminação do sarampo. Esta orientação deve fazer parte de uma nova estrutura regional para regulamentar a fase de pós-comprovação.

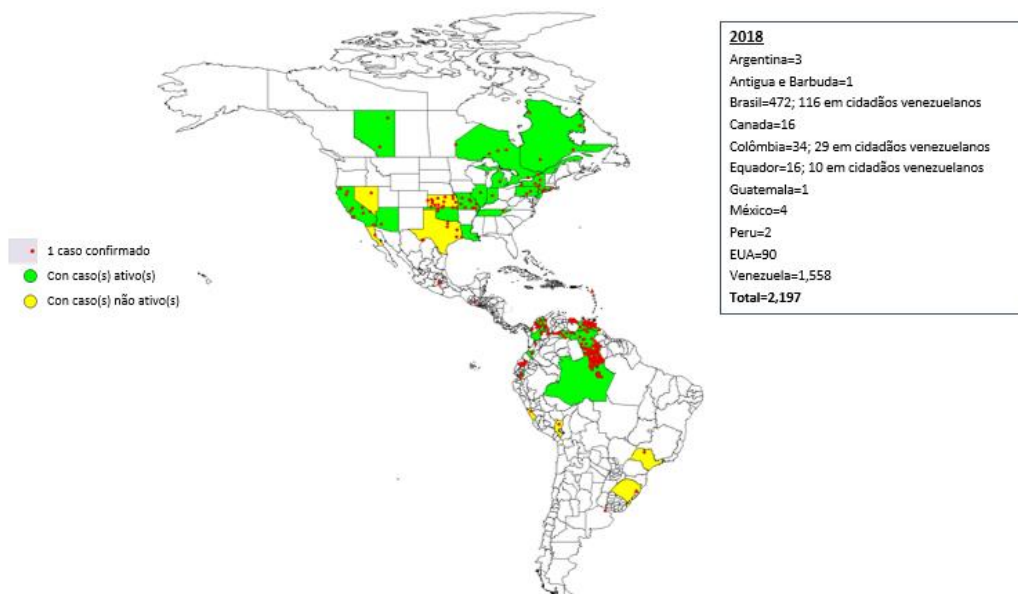
Adicionalmente, forneceu-se uma atualização aos membros do GTA, relacionada à situação da febre amarela, poliomielite e difteria, as quais foram, também, abordadas durante a reunião ad hoc anterior.

Atualização com relação à Situação Epidemiológica do Sarampo e Implicações para a Eliminação do Sarampo nas Américas

Situação Epidemiológica

De 1º de janeiro a 30 de junho de 2018, um total de 2.197 casos de sarampo foi confirmado na Região das Américas. Os surtos de sarampo continuam em seis países: Brasil (n=472); Canadá (n=16); Colômbia (n=34); Equador (n=16); Estados Unidos (n=90) e Venezuela (n=1,558) (**Figura 1**). Onze países notificaram surtos de sarampo, em 2018, quando comparados somente a quatro países em 2017.

Figura 1. Surtos em andamento (ativo) e inexistente (não ativo/interrompido) nas Américas, 2018*



Fontes: Relatórios dos países de vigilância enviados à Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS/OMS e pelo Ministério do Poder Popular da Venezuela.

* Dados a partir da semana epidemiológica 26-2018

Na **Venezuela**, o sarampo se propagou para 21 dos 23 estados, e no Distrito da Capital, também conhecido como Distrito Federal. Entre a semana epidemiológica (EW, sigla em inglês) 26 de 2017, quando a primeira confirmação de um caso de sarampo ocorreu no estado de Bolívar, e a EW 22 de 2018, 2.285 casos confirmados de sarampo foram notificados na Venezuela: 727 (32%), em 2017, e 1.558 (68%), em 2018 (**Figura 1**). O Distrito Capital (Caracas) notificou 59% dos casos, confirmados em 2018, proximo seguido por Delta Amacuro, o segundo estado mais afetado. A proporção mais elevada de casos ocorreu em crianças com menos de cinco anos de idade, seguidos pelas crianças entre 6 e 15 anos. No âmbito nacional, foram notificadas 35 mortes; 33 (94%), do estado de Delta Amacuro, onde há casos sendo relatados desde a EW 33 2017. Mais mortes em Delta Amacuro continuam sendo investigadas. Delta Amacuro limita-se com Guiana, e 25% de sua população consta de comunidades indígenas de Warao. Outras fontes locais de informações indicam que as comunidades de Yanomami, no município de Alto Orinoco e no estado do Amazonas, fronteira com Roraima, no Brasil, também, vêm sendo afetados pelo sarampo. É importante destacar que Delta Amacuro é uma área remota de 40.200 km², localizada no Delta Orinoco. A maioria de suas populações indígenas vive em áreas isoladas, acessíveis somente por transporte hidroviário de longa duração, o que aumentava os custos de implementação de medidas de

controle do sarampo, da malária e outros surtos de doenças. A falta de eletricidade, que atinge 80% do Amazonas, constitui mais um desafio para os esforços de contenção de doenças.

O risco de propagação, dentro e fora da Venezuela, segue bem maior devido ao contínuo movimento da população pelas fronteiras com Brasil e Guiana, assim como outros fatores, incluindo a implementação tardia de medidas de controle, a falta de um alerta de saúde nacional, de vigilância inadequada e de pesquisa de casos; baixa capacidade para isolamento e administração de casos. Adicionalmente, os níveis de cobertura de vacinação insuficientes entre certas coortes de nascimento resultaram em grandes focos de populações suscetíveis às doenças. O surto contínuo na Venezuela representa uma ameaça aos outros países das Américas. A maioria dos Estados Membros da OPAS (30/35) relatou seu último caso endêmico antes de 2000, ou seja, há mais de 18 anos.

No dia 22 de junho de 2018, o Ministério da Saúde da Venezuela expressou sua vontade para intensificar as campanhas de vacinação nos estados, em resposta à proporção mais elevada de casos de sarampo, e para ampliar esforços nacionalmente, visando a atingir as crianças com de seis meses a 15 anos de idade. Serão implementadas táticas e estratégias especiais para reduzir a exportação do vírus do sarampo aos países vizinhos, alcançando uma cobertura homogênea $\geq 95\%$. Embora a OPAS venha proporcionando apoio político, técnico, financeiro e logístico ao Ministro da Saúde, desde o começo do surto de sarampo, a transmissão endêmica foi restabelecida na Venezuela a partir de 30 de junho de 2018, correspondendo a 12 meses de circulação contínua do vírus do sarampo.

Desde o começo do surto na Venezuela, casos de sarampo identificados na Colômbia, no Brasil e no Equador foram confirmados por pertencerem ao mesmo genótipo e clade, como os casos anteriormente detectados na Venezuela. Nenhum caso de sarampo foi confirmado na Guiana até o momento. O país melhorou sua vigilância para sarampo e rubéola, assim como suas campanhas de vacinação, como parte de preparação e resposta, inclusive nas áreas fronteiriças à Venezuela e ao Brasil. Com o apoio do escritório da OPAS, na Guiana, o país recrutou pessoal adicional para que fosse realizada uma vigilância diária, conduzida uma vacinação de porta em porta àqueles vivendo nas comunidades fronteiriças e para que fossem vacinados os indivíduos migrando da Venezuela. A Guiana também disponibilizou provimentos para a remessa oportuna de amostras, por transportadoras, à Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA, sigla em inglês).

No **Brasil**, 472 casos de sarampo foram confirmados desde fevereiro de 2018, por um período de cinco meses. O surto continua, com um número cada vez maior de casos confirmados nos estados de Roraima (n=200) e do Amazonas (n=265). No entanto, 1.864 casos suspeitos não estão sendo investigados, 88% dos quais foram notificados no Amazonas. Além disso, um caso altamente suspeito de sarampo foi notificado no estado de Rondônia, fronteiro ao sul do Amazonas. De 465 casos confirmados de sarampo, com dados disponíveis de idade, a proporção mais elevada dos casos (47%) ocorreu entre as crianças com menos de cinco anos de idade; 345 dos 472 casos confirmados (72%) foram em cidadãos brasileiros. Assim, o Brasil encontra-se em maior risco de propagação do vírus de sarampo aos outros estados federais caso não sejam adotadas medidas de controle mais agressivas, principalmente em Roraima e no Amazonas. A **Tabela 1** resume a situação epidemiológica de sarampo, pelos estados federais no Brasil, desde a EW 26 2018.

Tabela 1. Distribuição de casos confirmados do sarampo nos estados do Brasil, 2018

Estado	No. de Casos Confirmados (%)	Relacionados a surtos?
--------	------------------------------	------------------------

Amazonas	265 (56,2)	Sim, um surto na Venezuela; genótipo D8.
Roraima	200 (42,4)	Sim, um surto na Venezuela; genótipo D8.
Rio Grande do Sul	5 (1)	Sim, um surto na Venezuela; genótipo pendente.
Rio Grande do Sul	1 (0,2)	Não, um caso isolado com histórico de viagem à Europa; genótipo B3.
São Paulo	1 (0,2)	Não, um caso isolado com histórico de viagem ao Líbano; genótipo D8.
Total	472 (100)	

Na **Colômbia**, entre a EW 11 e a 26 2018, 34 casos de sarampo foram confirmados; 22 (65%) foram importados da Venezuela, ou seja, de indivíduos que cruzaram a fronteira Venezuela-Colômbia, antes do, ou durante seu período de transmissibilidade; sete (21%) foram de casos secundários de venezuelanos residentes na Colômbia por pelo menos quatro meses, com histórico de vacinação desconhecida, dois (6%) foram em cidadãos colombianos e, para três (9%), nenhuma informação sobre a nacionalidade estava disponível. Treze de 32 departamentos (41%) relataram casos confirmados. Os departamentos do norte de Santander e Sucre notificaram a proporção mais elevada dos casos (48%). Ademais, uma elevada proporção de casos confirmados (74%) foi para crianças pequenas, com menos de cinco anos de idade.

No **Equador**, entre a EW 13 a 23 2018, 15 casos de sarampo foram confirmados. Os casos foram notificados em Quito (onze casos; 73% de casos), Tulcán, localizado na área fronteira com a Colômbia (dois casos), Riobamba (um caso) e Cuenca (um caso). Seis (40%) dos casos eram vinculados epidemiologicamente aos casos anteriormente identificados no setor sul de Quito. Onze (73%) dos casos foram em homens. A idade dos casos variou dos quatro meses aos 44 anos. Onze (73%) dos casos foram importados da Venezuela. Os genótipos dos vírus estão sendo identificados.

Resposta da OPAS

As medidas principais tomadas pela OPAS foram dirigidas para apoio à Venezuela, ao Brasil, à Colômbia e ao Equador, sendo conduzido através de apoio político de alto nível com ministros da Saúde e Presidentes dos países, treinamento para resposta rápida em saúde pública, mobilização de consultores internacionais para apoio em atividades de campo, fornecendo reagentes laboratoriais, vacinas e outros suprimentos, e com recursos mobilizadores para cobrir os custos operacionais de atividades de vacinação. As ações específicas incluíram:

- Reunião presencial entre o Diretor da OPAS e o Presidente da Venezuela, Nicolás Maduro, para apoio político de alto nível, e para discutir a emergência, realizada nos dias 12 e 13 de junho de 2018.
- A OPAS/OMS apresentou uma atualização da situação na Venezuela e nos Estados Membros vizinhos, assim como um plano para manter uma agenda eficaz de cooperação técnica, durante a 162ª sessão do Comitê Executivo, realizada em Washington, D.C., em junho de 2018.
- O Comitê Executivo instou que a Venezuela desenvolvesse e implementasse, urgentemente, um plano de ação para deter a transmissão do sarampo e da difteria, e recomendou que todos os países investissem em e priorizassem a cobertura de vacinação, com o intuito de alcançar, pelo menos, 95%, em todas as municipalidades e comunidades, bem como tratassem da questão de surtos das doenças imunopreveníveis.
- Quatro assessores regionais da OPAS para imunização foram mobilizados, diversas vezes, para ajudar a Venezuela, a Guatemala, o Haiti, o Equador e o Brasil, desde setembro de 2017, com

assistência técnica e manutenção da visibilidade dos alertas epidemiológicos, no mais elevado nível político.

- A equipe de imunização regional da OPAS monitora estreitamente os surtos atuais de sarampo e difteria pelas reuniões periódicas e comunicação com os pontos centrais de imunização do país.
- Um forte ativismo para a captação de recursos, com a Iniciativa contra o Sarampo e a Rubéola, resultou na doação de 2,7 milhões de doses de vacinas contendo sarampo e rubéola, auxiliando na implementação do plano de vacinação na Venezuela. Negociações com os parceiros estratégicos estão em andamento para mobilizar recursos adicionais financeiros à Venezuela, e cobrir os gastos com a campanha nacional programada.
- Duas oficinas sub-regionais relacionadas a respostas rápidas aos surtos de sarampo foram conduzidas em 2017, com a participação de todos os países de língua espanhola na Região. Um treinamento semelhante sub-regional está programado para os países de língua inglesa do Caribe, em outubro de 2018. Dez oficinas equivalentes nacionais foram custeadas na América Central e do Sul.
- A unidade de Imunização Integral da Família da OPAS (IM, sigla em inglês) mobilizou fundos o financiamento do Plano de ação para a sustentabilidade da eliminação de sarampo e rubéola, em muitos países, atingindo mais de US\$ 500.000.
- A IM mobilizou um financiamento adicional (aproximadamente \$150.000), voltado para atividades de vacinação e supervisão em países vizinhos à Venezuela, como a Colômbia e o Brasil.
- A OPAS vem trabalhando em quatro novos recursos técnicos que deverão estar disponíveis nos próximos dois meses, para uso no país, incluindo 1) uma ferramenta de avaliação de riscos para surtos de sarampo e rubéola; 2) um manual sobre resposta rápida aos surtos de sarampo/rubéola; 3) um estudo de casos para treinamento de resposta aos surtos de sarampo/rubéola; e 4) um manual para o monitoramento rápido da cobertura de vacinação.

Estrutura Regional para Verificação Posterior à Era de Eliminação do Sarampo

Em 2016, o Comitê Técnico Internacional de Documentação e Verificação da Eliminação de Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita reconheceu a Região das Américas como livre de sarampo. No mesmo ano, as Américas relataram 93 casos confirmados de sarampo, nenhum dos quais representava uma transmissão endêmica, mostrando uma incidência regional de 0,07 casos por cada 1 milhão de pessoas, a taxa mais baixa já registrada. Durante a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em setembro de 2017, os ministros da Saúde aprovaram um Plano de ação para a sustentabilidade da eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC), para o período 2018-2023, com a finalidade de proteger esta importante conquista na saúde pública.

Enquanto se esperava que este avanço seria mantido, um surto de sarampo vinha ocorrendo desde julho de 2017 na Venezuela, durando mais de doze meses, o que resultou no restabelecimento da transmissão endêmica no país.

No *“Plano de ação para a documentação e comprovação da eliminação de sarampo e rubéola”*, publicado em 2011, a unidade geográfica para a documentação da interrupção da transmissão endêmica foi definida como a Região toda, em vez dos países individualmente. Todos os Estados Membros da OPAS se esforçaram consideravelmente para documentar e comprovar a interrupção da transmissão endêmica dos vírus de sarampo e rubéola em seus territórios, no período 2011-2016.

Estrutura Global para Verificação Posterior à Era de Eliminação do Sarampo

Em 2017, o Grupo de Especialistas em Assessoramento Estratégico sobre Imunização (SAGE, sigla em inglês) respaldou a atualização da OMS das quatro categorias utilizadas para classificar os países à medida que progredem na questão da eliminação do sarampo e da rubéola:

- 1) **Endêmica:** Países com transmissão contínua dos vírus de sarampo e rubéola, persistindo por ≥ 12 meses, em qualquer área geográfica definida, e sem nenhuma comprovação anterior de eliminação.
- 2) **Eliminada/interrompida, mas não comprovado:** Países onde não há transmissão endêmica por $12 \geq$ meses, mas por < 36 meses, com um sistema de vigilância de alta qualidade.
- 3) **Eliminada e comprovada:** Países que não apresentam transmissão endêmica por ≥ 36 meses.
- 4) **Verificação posterior às transmissões endêmicas restabelecidas:** Países que possuem a uma cadeia da transmissão de uma estirpe do vírus que segue ininterruptamente por ≥ 12 meses em uma área geográfica definida (região ou país), após comprovação anterior de eliminação.

Os países com transmissões endêmicas restabelecidas em verificação posterior precisariam demonstrar, novamente, que não houve nenhuma transmissão endêmica por ≥ 36 meses, com um sistema de vigilância de alta qualidade, para ser classificado como livre de sarampo e, conseqüentemente, assim, comprovado.

Com o objetivo de abordar este importante tema, o GTA recomendou, em março de 2018, durante uma reunião ad hoc, a convocação de um grupo de especialistas para a sustentabilidade da eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC (Síndrome da Rubéola Congênita), na Região das Américas, com dois objetivos principais:

1. Monitorar a sustentabilidade da eliminação de sarampo, rubéola e SRC na Região, através do cumprimento dos objetivos e dos indicadores delineados no plano de ação regional para sustentabilidade;
2. Desenvolver ou atualizar uma estrutura regional para as Américas, a fim de monitorar ausência da transmissão de sarampo endêmico nas Américas, bem como ações em caso de restabelecimento da transmissão endêmica.

Os termos de referência para este grupo de especialistas foram apresentados ao Diretor da OPAS e encontra-se pendente a designação oficial dos membros sugeridos. As questões imediatas que o grupo de especialistas abordará incluem:

1. Se a transmissão endêmica fosse restabelecida em um país, toda a Região perde seu status de sarampo, rubéola ou SRC eliminados?
2. Se o sarampo endêmico ou a transmissão da rubéola em um país, ou na Região, for restabelecida, quais seriam os critérios e o processo para uma nova verificação da eliminação do sarampo, da rubéola ou da SRC?

O secretariado da OPAS propôs três cenários para iniciar discussões sobre o tema:

1. **Cenário 1:** Se um país das Américas perde sua condição de livre de sarampo endêmico seguidos ≥ 12 meses da transmissão viral constante, **os 35 Estados Membros das Américas perderiam seu status também.** Neste caso, as Américas seguiriam as diretrizes do “Plano de ação para a documentação e comprovação da eliminação de sarampo, rubéola e da SRC na Região das Américas”, desenvolvido em 2011.
2. **Cenário 2:** Se um país nas Américas perde sua condição de livre de sarampo endêmico seguidos ≥ 12 meses de transmissão constante (por exemplo, a Venezuela), este país será classificado como um país que “Restabeleceu transmissões endêmicas à verificação posterior”, segundo a nova estrutura global da OMS. Para haver uma nova verificação, o país afetado teria que demonstrar que a

transmissão foi interrompida por, pelo menos, três anos após o último caso endêmico conhecido, com um sistema de vigilância de alta qualidade. Os 34 Estados Membros restantes das Américas manteriam seu status de eliminação comprovada. No entanto, a Região já não poderia ser considerada como livre de sarampo.

3. Cenário 3: Se em mais de um país foi restabelecida a transmissão endêmica com o mesmo, ou um genótipo diferente de vírus, toda a Região perderia sua condição de comprovação. Para que haja uma nova verificação, todos os Estados Membros teriam de demonstrar interrupção da transmissão de sarampo endêmico por um período de, pelo menos, três anos após o último caso endêmico conhecido, com vigilância de alta qualidade. Neste caso, seria desenvolvida **uma nova estrutura regional**, com o fim de prover mais orientações sobre um novo processo de verificação.

O quadro abaixo resume os cenários propostos:

	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
País	Restabelecimento da transmissão de sarampo endêmico em um país	Restabelecimento da transmissão de sarampo endêmico em um país	Restabelecimento da transmissão de sarampo endêmico em mais de um país
Região	Todos os 35 Estados Membros da Região perderiam o status de eliminação	Os 34 Estados Membros restantes (não afetados) da Região manteriam o status de eliminação	Todos os 35 Estados Membros da Região perderiam o status de eliminação
Ação	Toda a Região passaria por nova verificação, segundo o Plano de Ação de 2011	O país afetado passaria por nova verificação, pelo menos, 3 anos após o último caso endêmico	Toda a Região passaria por nova verificação, seguindo uma nova estrutura regional

Conclusões

Em vista do restabelecimento da transmissão endêmica do sarampo, na Venezuela, desde 30 de junho de 2018, já não se considera a Região das Américas livre de sarampo. Com a finalidade de fornecer orientação sobre os requisitos e o processo para nova verificação de eliminação do sarampo, o GTA examinou os três cenários propostos pelo secretariado da OPAS, e optou pelo cenário dois. Apesar disso, o GTA enfatizou que deve haver uma ação regional, inclusive um monitoramento cuidadoso da cobertura de vacinação, assim como uma completa avaliação de riscos.

O GTA concordou que o grupo de especialistas deveria examinar a questão com mais profundidade, e definir os elementos do processo para nova verificação sob o cenário dois. O GTA instou que o grupo de especialistas convoquem sua primeira reunião, imediatamente, para iniciar a adaptação ou o desenvolvimento de uma estrutura para nova verificação da eliminação do sarampo. Os membros do GTA concordaram que os critérios essenciais do Plano de Ação de 2011 serão mantidos, inclusive a interrupção do sarampo endêmico por, pelo menos, três anos após o último caso confirmado conhecido; uma vigilância de alta qualidade; e a ausência de estirpes de vírus de sarampo endêmicos manifestados através de vigilância viral. O secretariado da OPAS organizará as visitas de países de alto nível do grupo de especialistas aos países com alto risco, como Venezuela e Brasil, para defender uma ação em saúde pública urgente.

Nos próximos meses, a OPAS centrará sua cooperação técnica nos países de altas prioridade, isto é, aqueles com surtos constantes, para assegurar implementação ótima de medidas de controle. O foco passará aos países que recebem um úmero significativo de migrantes da Venezuela, reforçando a vigilância e a vacinação, e, finalmente, aos países sem casos de sarampo, para que seja mantida uma ampla cobertura de vacinação e a eliminação do sarampo.

Recomendações

O GTA reitera suas recomendações anteriores às autoridades de saúde da Venezuela para agir decididamente no controle da epidemia atual, e prevenir outra exportação do vírus do sarampo a outros países da Região. Existe uma necessidade urgente de atingir níveis altos e homogêneos de cobertura de vacinação entre as populações com menos 15 anos de idade, assim como intensificar medidas de controle para os surtos em municípios de alto risco, isto é, aqueles localizados em zonas fronteiriças, e entre as comunidades indígenas (por exemplo, populações de Warao, Yanomami e Wayuu).

- O GTA insta ao Brasil que responda decidida e eficientemente ao atual surto de sarampo, para que seja interrompida a transmissão do vírus, e sua propagação a outras partes do país, e ao resto da Região. Há um grave risco do restabelecimento da transmissão endêmica no Brasil dentro de sete meses se não for implementada, de imediato, uma resposta mais agressiva.
- Consideradas as ameaças à eliminação do sarampo nas Américas, o GTA insta a países/territórios que reforcem a vigilância de sarampo e rubéola, intensifiquem atividades de vacinação para atingir níveis de cobertura superiores a 95%, com duas doses de vacinas contendo sarampo e rubéola, voltadas para todas as crianças com menos de cinco anos de idade, e respondam rapidamente aos casos importados. Os países devem implementar, urgentemente, o Plano de ação para a sustentabilidade da eliminação de sarampo e rubéola, endossada pelos Estados Membros da OPAS, em setembro de 2017.
- O GTA lembra a importância da vacinação em populações de risco que não apresentam evidências de vacinação, tais como pessoal trabalhando em saúde, aeroporto, turismo, transporte, e em setores de serviços de imigração, dentre outros.

Atualização com relação aos Surtos Constantes de Difteria nas Américas

Dois surtos de difteria graves foram notificados no Haiti e na Venezuela, há alguns anos (**Tabela 1**), assim como outros surtos associados com casos de venezuelanos, na Colômbia, no Brasil e na República Dominicana. Tanto no Haiti como na Venezuela, a cobertura de imunização de rotina com a DTP3, e seus reforços, vem baixando sistematicamente de 95%, decrescendo da meta estabelecida para a Região de alcançar os níveis de cobertura de 95%, nos âmbitos nacional e subnacional. Esses níveis baixos de cobertura resultaram em um aumento do número de crianças e adultos suscetíveis à doença.

Tabela 2. Características dos Surtos Recentes de Difteria no Haiti e na Venezuela

	Haiti	Venezuela
Início do surto	EW 50, 2014	EW 26, 2016
Número de casos confirmados, desde o início do surto	170 (desde a EW 25, 2018)	1019 (desde a EW 16, 2018)
Faixa etária mais afetada	<10 anos de idade	5-15 anos de idade
Cobertura de vacinação de rotina (Relatório Conjunto ONU-UNICEF 2017)	DTP3: 72% DTP4: 32%	DTP3: 84% DTP4: 38%

No **Haiti**, o surto de difteria começou em dezembro de 2014 (EW 50) e, até a EW 25 de 2018, 490 casos prováveis (170 confirmados, 37 sob investigação e 283 descartados), e 79 mortes (31 casos confirmados, 34 sob investigação e 14 casos descartados) tinham sido notificados. A taxa de letalidade calculada para 2018 foi de 6%. Em 2015 e 2017, uma proporção maior de mulheres do que de homens foi afetada pela doença (57% e 60%, respectivamente). Ademais, a proporção de casos entre as crianças com menos de dez anos foi maior que entre as crianças mais velhas. Nove dos dez departamentos foram afetados até o momento; sete notificaram casos confirmados e prováveis, e dois, apenas relataram os casos prováveis.

Como parte das medidas de controle de surtos, o Ministério da Saúde planejou três rodadas de campanhas de vacinação dirigidas às crianças entre 1 e 14 anos de idade, em 44 comunas de nove departamentos. A vacina pentavalente foi usada para vacinar as crianças entre 1 e 6 anos de idade, e a vacina contra DT*, para as crianças de 7 a 15 anos de idade. A primeira etapa da primeira rodada da campanha foi realizada entre os dias 11 e 15 de março de 2018, em oito departamentos (29 comunas); e a segunda etapa foi conduzida de 8 a 12 de abril de 2018, em 15 comunas, do departamento Ouest. A cobertura administrativa alcançou 98% nos oito primeiros departamentos e 81%, no departamento de Ouest. Um monitoramento independente foi conduzido, estimando níveis de cobertura de 87% nos oito departamentos e 85%, no departamento de Ouest. Com o final do primeiro período da campanha, o número de casos notificados de difteria e mortes diminuiu. As datas para a implementação das duas rodadas restantes não foram confirmadas.

Na **Venezuela**, o surto de difteria que começou, em julho de 2016 (EW 26), continuou. Desde o início do surto até a EW 16 de 2018, um total de 1.716 casos suspeitos foram notificados (324 casos em 2016, 1.040, em 2017, e 352, em 2018); 1,086 (63%) dos casos suspeitos foram confirmados pelo laboratório (n=350) ou por conexão epidemiológica (n=736), e 160 morreram (17 em 2016, 103 em 2017, e 40, em 2018). A taxa de letalidade acumulativa é de 14,7%. Em 2016, casos foram notificados em 5/23 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas e Sucre), enquanto que, em 2017, os casos confirmados foram relatados em 22/23 estados, assim como no Distrito Capital. Em 2018, 9/23 estados confirmaram

casos em todas as faixas etárias; entretanto, a taxa de incidência mais elevada ocorreu entre as crianças de 5 a 15 anos de idade. A campanha de vacinação está em andamento, dirigindo-se às crianças com dois meses até os seis anos de idade, com a vacina pentavalente, e de 7 a 15 anos de idade, com a vacina contra DT*.

Na **Colômbia**, cinco casos foram confirmados em 2018, entre pessoas de 3 a 27 anos de idade. Três dos casos foram em cidadãos venezuelanos e, para dois, não houve informações sobre a nacionalidade. Dois casos não receberam a vacina, e três casos apresentavam histórico de vacinação desconhecido. Todos os casos foram em homens, havendo morte em um dos cinco casos.

No **Brasil**, 42 casos suspeitos foram notificados em 14/26 estados, em 2017; cinco (12%) foram confirmados em quatro estados: Acre (1), Minas Gerais (2), Roraima (um caso fatal importado da Venezuela) e São Paulo (1). Os 37 restantes foram descartados pelas autoridades nacionais. Em 2018, o Brasil relatou onze casos suspeitos entre a EW 1 e a EW 20, mas nenhum caso foi confirmado até o momento.

Na República Dominicana, três casos suspeitos foram notificados em 2017; um foi confirmado para difteria, e dois, foram descartados com base em critérios clínicos para um caso, e com resultados laboratoriais para o outro caso. Não foram relatadas mortes. Nenhum caso foi comunicado em 2018.

As autoridades sanitárias nacionais dos países vizinhos intensificaram suas vigilância epidemiológica, pesquisas e vacinação, para que fosse evitada a importação dos casos de difteria dos países afetados.

O fundo rotativo da OPAS auxiliou os países na Região para assegurar a provisão da antitoxina de difteria, em um mercado restrito global. Haiti e Venezuela vêm recebendo antitoxina de difteria anualmente, pelos os últimos três anos, enquanto que, Colômbia, República Dominicana e Panamá a obtiveram para renovar suas reservas estratégicas nacionais. Nos dias de hoje, o Fundo Rotativo, possui um convênio de provisões com apenas um fabricante localizado na Índia, do qual se espera que satisfaça as necessidades previstas da Região nos anos de 2018 e 2019.

Cobertura da Vacinação

Antes de 2016, a cobertura da vacinação regional com a poliomielite 3 havia oscilado entre 90% e 94%, por mais de 20 anos. Em 2016, a cobertura de vacinação com a poliomielite 3 diminuiu 87%, menor taxa já atingida nas duas décadas anteriores. Os dados preliminares de 2017, excluindo dados do Uruguai e de El Salvador, mostraram cobertura com poliomielite 3 de 88,4%. No âmbito subnacional, os níveis da cobertura de vacinação não foram homogêneos. Muitos municípios na Região apresentam cobertura <80%.

Atualização com relação à Vigilância

A qualidade da vigilância da paralisia flácida aguda (PFA), na Região, encontra-se abaixo do ideal. Nas 52 últimas semanas (EW 26 2017-EW 26 2018), a Região alcançou a taxa de notificação, ao menos, um caso da PFA por 100.000 crianças, com menos de 15 anos de idade e, de investigação $\geq 80\%$ dos casos de PFA, em um prazo de 48 horas, mas não conseguiu alcançar $\geq 80\%$ da coleta de amostra de fezes adequada. Somente quatro países atingiram os três indicadores nas últimas 52 semanas: Bolívia, México, Nicarágua e Paraguai.

Uso Fracionado da Vacina Não Ativa contra o Poliovírus (fIPV, sigla em inglês)

Em abril de 2017, o GTA recomendou que todos os países estivessem preparados para lidar com uma escassez da vacina não ativa contra a pólio (IPV), e que os países (n=16) que administram mais de 100.000 doses da IPV, por ano, comecem a se preparar, de imediato, para a implementação da vacinação com IPV. Dos 16 países recomendados a trocar para a IPV, nove (56%) já começaram a treinar seus profissionais de saúde (Equador, Cuba, Colômbia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Panamá e Paraguai). Dois países completaram o treinamento em todos os níveis, e começaram a implementá-lo como parte dos seus programas de rotina: Equador (desde 1º de janeiro de 2018) e Cuba (desde 1º de maio de 2018).

Em junho de 2018, membros das unidades de Imunização Integral da Família da OPAS (IM, sigla em inglês) e de Comunicações (CMU, sigla em inglês) visitaram vários locais no Equador para documentar a experiência do país em preparo, implementação e supervisão do uso da fIPV. As lições aprendidas do Equador poderiam beneficiar outros países na Região, e mundialmente, com sua preparação para a fIPV. A OPAS está elaborando um relatório técnico e um vídeo explicando os processos de preparo e implementação, no Equador, que serão disponibilizados para todos os países, em setembro de 2018. As boas práticas identificadas incluíram:

- Aplicar treinamento em cascata de qualidade aos profissionais da saúde;
- Envolver a criança em cobertores durante a administração da fIPV, limitando seu movimento, e aumentando as perspectivas de usar a técnica adequadamente e de um formato de bolha;
- Administrar a fIPV nos meios fora de alcance;
- Conseguir boa aceitação da nova técnica de administração entre os pais;
- Reforçar a comunicação de profissionais da saúde, um catalisador para aumentar a aceitação dos pais e sua compreensão da evolução da criança, e atenção imediata após a vacinação.

Disponibilidade da Vacina

A disponibilidade da IPV continua limitada; entretanto, nenhum país na Região sofreu por falta de estoque até o momento. A IM e o Fundo Rotativo da OPAS continuam a trabalhar estreitamente com todos os países, monitorando as reservas da IPV. O Fundo Rotativo seguiu com as negociações com o fornecedor

da IPV10, resultando em um acordo favorável de provisão para 2018 e 2019. Uma atualização referente à provisão da IPV foi proporcionada durante a 162ª Sessão do Comitê Executivo.

Análise de Risco

Até que a poliomielite seja erradicada em toda parte, todos os países permanecem em risco de importação do poliovírus. Em julho de 2017, a OPAS apresentou uma avaliação regional dos riscos ao GTA, respaldando a metodologia, e incentivou que os Estados Membros realizassem, anualmente, avaliações de riscos estaduais. Para que estivesse alinhada a alguns dos indicadores de avaliação de riscos, a OPAS atualizou sua avaliação de riscos regional, repetindo-a em julho de 2018. Os resultados preliminares indicaram que quatro países estavam sob altíssimo risco (República Dominicana, Guatemala, Haiti e Venezuela), cinco países estavam sob alto risco (Argentina, Bolívia, Equador, Peru e Suriname), 15 países estavam sob risco médio (Anguilla, Antígua e Barbuda, Belize, Bermuda, Brasil, Colômbia, Curaçao, El Salvador, Guiana, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Trinidad e Tobago e Ilhas Virgens) e, os 19 países restantes estavam sob baixo risco (Aruba, Bahamas, Barbados, Canadá, Ilhas Cayman, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Honduras, Nicarágua, Saint Kitts, Santa Lúcia, San Vicente, São Martinho, Ilhas Turcas e Caicos, EUA, Uruguai).

É importante observar que, após as melhoras nos níveis de cobertura de vacinação e no desempenho em vigilância, o Brasil se foi reclassificado, passando de alto risco para o risco médio, de acordo com a atualização da avaliação de riscos. Além disso, após recomendações do GTA, a OPAS desenvolveu uma ferramenta para que os países realizassem as suas próprias avaliações de riscos nacionais, realizando-as, também, no âmbito distrital/municipal. Atualmente, a OPAS está desenvolvendo ainda mais a ferramenta, a fim de automatizar o mapeamento das áreas de risco. A ferramenta será apresentada aos países durante a 6ª Reunião Regional para a Poliomielite, em dezembro de 2018.

Isolamento do Sabin 3 na Venezuela

Em maio de 2018, a Venezuela notificou um caso de PFA em uma criança de 34 meses, sem histórico de vacinação contra a poliomielite, e residindo em uma comunidade com baixa cobertura de vacinação, em Delta Amacuro. O caso foi notificado através do sistema nacional de vigilância. Uma amostra de fezes da criança foi coletada, seguindo as diretrizes de vigilância, e o laboratório nacional isolou o poliovírus Sabin 3. O vírus isolado foi, depois, enviado ao laboratório global especializado (CDC, sigla em inglês, dos EUA, Atlanta), onde foram confirmados os resultados nacionais laboratoriais. O vírus isolado era da mesma forma do vírus Sabin tipo 3, encontrado na vacina oral contra a pólio, significando que o vírus não havia passado por mutação, e não era nem um vírus selvagem da pólio (WPV, sigla em inglês) nem um vírus da pólio derivado da vacina (VDPV, sigla em inglês). Investigações de campo minuciosas não identificaram casos adicionais de PFA ou grupos de casos sugestivos de circulação do WPV ou VDPV. Objetivando classificar o caso, de acordo com as diretrizes de vigilância da poliomielite, uma avaliação clínica foi realizada no dia 28 de junho de 2018, 60 dias após o surgimento da PFA, para determinar a presença de paralisia residual. Os resultados da investigação foram inconclusivos, e o neurologista solicitou outra avaliação que seria realizada no dia 2 de julho de 2018. A OPAS ainda não recebeu os resultados da avaliação. Embora este caso não tenha sido ocasionado pelos WPV ou VDPV, qualquer estado ou distrito, na Região, com baixa cobertura de vacinação para poliomielite 3 está sob o risco do surgimento de um VDPV ou de importação do WPV, e devem se esforçar para aumentar a cobertura de vacinação contra a poliomielite, além de reforçar a vigilância.

Investigação do VDPV1 relacionado à Imunodeficiência (iVDPV1) na Colômbia

Um caso suspeito de iVDPV1 está, hoje, sob investigação na Colômbia. Uma criança de 11 meses com suspeita de imunodeficiência grave primária contraiu PFA no dia 1º de março de 2018, e o VDPV poliovírus

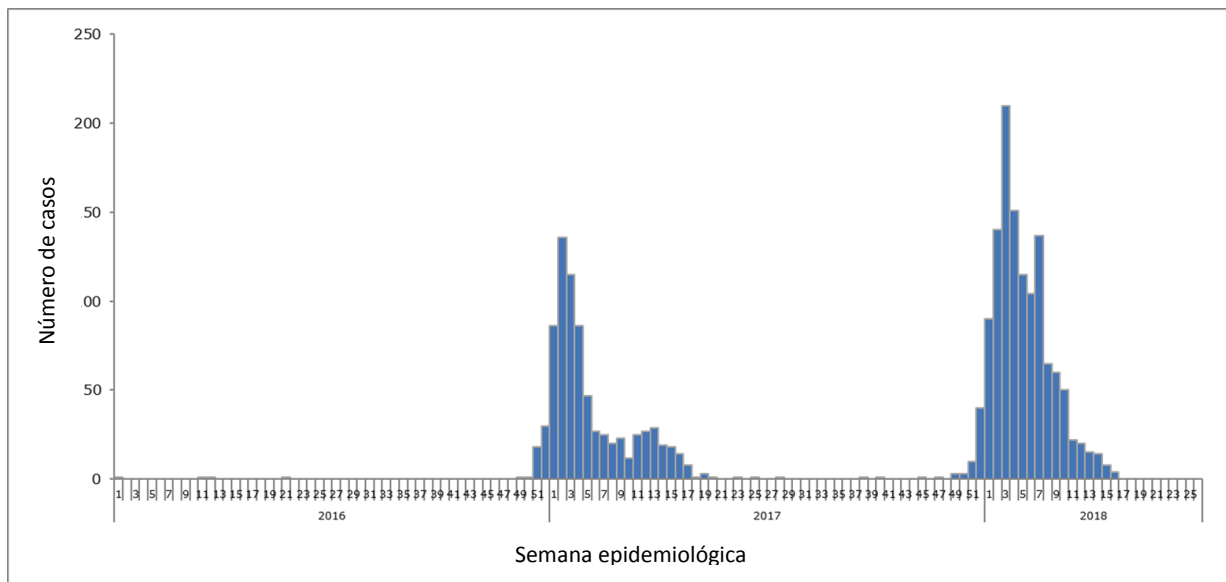
tipo 1 foi posteriormente isolado da criança. A OPAS/OMS continua avaliando a situação epidemiológica e apoiando o fortalecimento da vigilância e da vacinação no país.

A OPAS/OMS está coordenando com parceiros da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite para obter o antiviral Pocopavir. A criança será incluída em um ensaio de tratamento, para que se verifique a eficácia, a segurança e a farmacocinética do Pocopavir. Os casos de iVDPV são extremamente raros e não houve, até o momento, nenhuma evidência de propagação secundária associada ao iVDPV. A cobertura da vacinação contra a poliomielite nacional da Colômbia está calculada em 91%, portanto, o risco de propagação do VDPV permanece bem baixo.

Atualização com relação à Situação Epidemiológica da Febre Amarela no Brasil

Desde julho de 2017 até 16 de maio de 2018, o estado de Minas Gerais confirmou 520 casos de febre amarela, incluindo 177 (34%) mortes. Durante o mesmo período, o estado de São Paulo relatou 516 casos confirmados, inclusive 163 mortes (32%). De 1º de janeiro a 24 de maio de 2018, o estado do Rio de Janeiro notificou 265 casos confirmados, incluindo 84 mortes (32%), em 23 de 91 municípios (25%). De 1º de janeiro a 16 de maio de 2018, o estado de Espírito Santo relatou seis casos confirmados, incluindo uma morte (17%). Desde julho de 2017 até 16 de maio, o Distrito Federal notificou um caso fatal. A transmissão da febre amarela ocorreu através dos vetores selváticos tanto nos meios rurais quanto nas áreas periurbanas localizadas. Nenhuma transmissão de febre amarela por *Aedes aegypti* foi confirmada até o momento. Vem ocorrendo uma queda constante no número de casos em humanos e animais com febre amarela, notificados no Brasil desde o final de fevereiro de 2018 (Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos casos confirmados de febre amarela pela semana epidemiológica (EW). Brasil, 2016-2018



Normalmente, a temporada de febre amarela no Brasil ocorre de dezembro a maio. Para 2018-2019, as análises epidemiológicas e ambientais indicam que o vírus da febre amarela poderia ser propagado ao Sul, atingindo os estados do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. Da mesma forma, espera-se que o vírus se aproxime do Sudoeste por corredores selváticos que se encontram em curso na direção do estado de São Paulo, pela bacia do rio Paraná até o Paraguai oriental e a Argentina setentrional, e para o Nordeste, chegando potencialmente nos estados de Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte.

No dia 20 de março de 2018, o Ministério da Saúde anunciou a ampliação da vacinação contra a febre amarela, por todo o país, inclusive a 1.586 novos municípios das regiões Sudeste, Sul e Nordeste, o que aumenta a população que será vacinada para 77,5 milhões de indivíduos. A vacinação dessas novas populações será conduzida, gradualmente, até abril de 2019. Esta medida preventiva procura proteger toda a população contra a doença, no caso de áreas de circulação do vírus se estenderem

geograficamente, conforme observado durante o surto de 2017. Com base em relatórios oficiais, o número total de doses aplicadas (fracionadas ou únicas), no Rio de Janeiro, durante a campanha de vacinação em massa, realizada de 25 de janeiro a 5 de maio de 2018, foi de 2.073.151. Com 8.395.098 doses administradas no estado, antes da campanha, o número total de doses de vacinas administradas, até o momento, foi de 10.468.249, abrangendo 65% da população-alvo.

Em São Paulo, o número total de doses aplicadas (fracionadas e únicas), durante a campanha que ocorreu de janeiro a maio de 2018, foi de 5.529.017. Considerando os 13.300.000 indivíduos vacinados antes da campanha a cobertura de vacinação acumulativa para a população de São Paulo foi de 60%. Além dos estados do Rio de Janeiro, de São Paulo e da Bahia, os quais continuarão usando a dose fracionada da vacina, os estados no Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) começarão a vacinar com uma dose padrão, em julho de 2018, seguido da vacinação com dose padrão na região Nordeste (Piauí, em janeiro de 2019; Alagoas e Sergipe, em fevereiro de 2019; Paraíba e Pernambuco, em março de 2019; e Ceará e Rio Grande do Norte, em abril de 2019). Em conformidade, antes de abril de 2019, 1.586 novos municípios estarão incluídos como áreas, onde a vacinação é recomendada, abrangendo 100% do território nacional.

Em Minas Gerais, a cobertura de vacinação acumulativa (2003-2018) foi estimada em 95%. Ao contrário dos estados do Rio de Janeiro, de São Paulo e da Bahia, em Minas Gerais, certamente, houve recomendação para a vacinação contra a febre amarela de seus residentes e dos viajantes recebidos; contudo, cerca de 691.450 indivíduos permanecem não vacinados, principalmente, aqueles com idade entre 15 e 59 anos. Esta faixa etária foi particularmente afetada, durante a última grande epidemia de febre amarela no Brasil, em 2017. Entre os 853 municípios de Minas Gerais, 142 (15%) não alcançaram um nível de cobertura de 80%. Outros 283 municípios (33%) relataram níveis de cobertura entre 80% e 95%. Mais da metade das cidades, em Minas Gerais, atingiu níveis de cobertura $\geq 95\%$.

Não há expectativa de que a escassez da vacina contra a febre amarela, ou de seringas, prejudique os planos de vacinação para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. No dia 30 de janeiro de 2018, o suprimento nacional de vacina contra a febre amarela constava de 17,9 milhões de doses únicas. Vinte milhões de seringas devem ser recebidas em breve, permitindo às autoridades nacionais que continuem com suas atividades de vacinação.