

Boletim de Imunização

Organização Pan-Americana da Saúde



Volume XLI Número 1

Vacine e proteja sua família

Março 2019

Comissão Regional de Monitoramento da Pós-Eliminação do Sarampo e Rubéola se reúne na OPAS

Um plano de ação foi aprovado pelos Estados Membros na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS em 2017 para monitorar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas durante o período de 2018 a 2023. Nesse contexto, em 2018, o Grupo Técnico Assessor da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis (GTA) recomendou a criação de um grupo de especialistas para monitorar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita na Região das Américas. A Diretora da OPAS convocou uma comissão regional de monitoramento e reavaliação do sarampo e rubéola para esse fim, a qual foi criada na sua primeira reunião, em 18 de janeiro de 2019.

A Região das Américas eliminou o vírus endêmico do sarampo em 2016, mas, desde 2017, a Região vem registrando surtos de sarampo em vários países devido aos vírus do sarampo importados de outras regiões do mundo;¹ os surtos maiores e mais difíceis de controlar ocorreram na Venezuela e no Brasil. Com o apoio da OPAS, os ministérios da saúde desses países adotaram muitas estratégias, como a vacinação em massa e a redução da idade para vacinação, no intuito de controlar os surtos e prevenir uma disseminação ainda maior do vírus do sarampo entre as populações não vacinadas. Apesar desses esforços, o surto de sarampo na Venezuela durou mais de 12 meses e a Região como um todo não pode mais considerar-se livre do sarampo endêmico.

Formada por um grupo de oito especialistas renomados das áreas de epidemiologia, imunologia, virologia, biologia molecular e medicina clínica, a Comissão Regional de Monitoramento e Reavaliação do Sarampo e Rubéola (a “Comissão”) tem como objetivos monitorar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita na Região das Américas e elaborar um novo quadro regional alinhado com o *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita*.

A Comissão também apoiará os esforços contínuos da OPAS para promover essa questão no mais alto nível político, interromper os surtos de sarampo e verificar as evidências para a recertificação dos países onde a transmissão endêmica foi restabelecida. Além disso, trabalhará em estreita colaboração com outros organismos consultivos regionais e mundiais, como o supracitado GTA e o Grupo de Trabalho sobre Sarampo e Rubéola do Grupo de Assessoria Estratégica de Especialistas da OMS.

A Comissão manteve duas reuniões virtuais desde a sua criação. Conforme mencionado acima, a primeira reunião foi em 18 de janeiro de 2019, durante a qual o Subdiretor da OPAS, Dr. Jarbas Barbosa da Silva, estabeleceu oficialmente os membros, entre eles o Presidente da Comissão, Dr. Jon Andrus. Durante essa reunião, apresentou-se uma visão geral da situação dos surtos na Região e discutiram-se as medidas que a Comissão tomará para formular um plano de trabalho e um cronograma para implementar suas atividades.

A segunda reunião da Comissão ocorreu em 26 de fevereiro de 2019 e se concentrou no surto no Brasil, nas visitas ao Brasil e à Colômbia, e na discussão e aprovação do plano de trabalho e cronograma. Por último, a Comissão também tratou da agenda para a próxima reunião, a ocorrer em Cartagena, Colômbia, em julho deste ano, como parte da 25ª Reunião do GTA. ■

¹ Para obter mais informações sobre esses surtos, consulte a edição de setembro de 2018 de *Immunization Newsletter*, um boletim sobre imunização disponível em www.paho.org/immunization/newsletter.

OPAS e PATH lançam novo recurso para melhorar o uso de dados para a imunização

No âmbito da saúde global, reconhece-se amplamente que o alicerce do bom funcionamento dos sistemas de saúde são dados com a qualidade suficiente para orientar a tomada de decisão. No entanto, apesar do empenho internacional para melhorar a qualidade dos dados de saúde, inclusive na área da imunização, o maior uso de dados para a tomada de decisões continua sendo um desafio, principalmente no nível da prestação de serviços de saúde.² É necessário avaliar as evidências obtidas com as iniciativas vigentes para fortalecer os dados de imunização e identificar enfoques ineficazes e eficazes, assim como qualquer lacuna de conhecimento. Embora os avanços na tecnologia da informação tenham levado a aumentos contínuos na quantidade de dados de saúde disponíveis, estes continuam sendo um recurso subutilizado na elaboração e implementação dos programas de vacinação em todo o mundo.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a organização PATH começaram a abordar essas necessidades e preocupações com um projeto conjunto financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates, que culminou com um novo relatório intitulado *dados de imunização: evidências para ação (IDEA, sigla em inglês): uma análise realista do que funciona para melhorar o uso de dados para a imunização, evidências de países de renda baixa e média*, o qual fornece àqueles envolvidos em imunização estratégias claras e comprovadas para melhorar a qualidade e o uso dos dados. Além disso, a análise IDEA define de que maneira os financiadores, os formuladores de políticas e os executores dos programas podem incorporar essas boas práticas para melhorar a eficácia dos programas de imunização estaduais, regionais e nacionais.

O relatório já está gerando feedback positivo e facilitando o diálogo entre a comunidade mundial de dados, os parceiros regionais e os Estados Membros. “A Região das Américas tem alguns dos níveis mais elevados de cobertura de vacinação do mundo, mas apesar disto, muitas populações de difícil acesso ainda são deixadas para trás”, explicou a Dra. Martha Velandia, assessora de imunização regional na OPAS. “Assegurar que os profissionais tenham acesso a dados de imunização rigorosos é vital para o planejamento e a execução de programas com base em evidências que sabemos que funcionarão. A análise IDEA é um enorme passo para compilar essas evidências e destacar as áreas em que são necessários mais dados”, acres-

² Karuri J, Waiganjo P, Orwa D, Many A. DHIS2: The tool to improve health data demand and use in Kenya. *J Health Inform Dev Ctries [Internet]*. 2014 Mar 18 [consultado: 9 de setembro de 2018];8(1). Disponível em: <http://www.jhidc.org/index.php/jhidc/article/view/113>.

NESTA EDIÇÃO

- | | |
|--|---|
| 1 Comissão Regional de Monitoramento da Pós-Eliminação do Sarampo e Rubéola se reúne na OPAS | 7 Tabela 1. Preços das Vacinas compradas através do Fundo Rotativo da OPAS, 2019 |
| 1 OPAS e PATH lançam novo recurso para melhorar o uso de dados para a imunização | 7 Tabela 2. Preço de seringas compradas através do Fundo Rotativo da OPAS, 2019 |
| 4 Três mitos sobre a vacinação contra a gripe | 8 O que aprendi sobre vacinação contra a gripe sazonal e preparação para uma pandemia... por Alba Maria Roperó A. |
| 5 Atividades de saúde escolar na Argentina para manter a eliminação do sarampo | |

IDEA continua da página 1

centou.

A OPAS e a PATH realizaram uma análise sistemática “realista” das evidências de pesquisa existentes para responder duas perguntas de pesquisa principais:

1. Quais são as intervenções mais eficazes para melhorar o uso de dados na tomada de decisão referente a programas e políticas de imunização?
2. Por que e como essas intervenções produzem seus resultados?

O enfoque de análise realista, diferente de uma análise sistemática tradicional, não exclui evidências com base na estruturação ou qualidade do estudo. Por considerarem informações e evidências de uma variedade mais ampla de fontes, as análises realistas são bem adequadas para examinar intervenções complexas. Com vistas a orientar a análise, a OPAS e a PATH desenvolveram uma **teoria da mudança (TM)** (figura 1) baseada na análise das estruturas e modelos lógicos existentes para o uso das informações e dados em saúde, assim como em análises sistemáticas de temas relacionados com o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde e com a tomada de decisão informada por evidências. A TM deu sustentação a sua hipótese a respeito dos mecanismos teorizados e fatores contextuais que trabalham em conjunto para ajudar os tomadores de

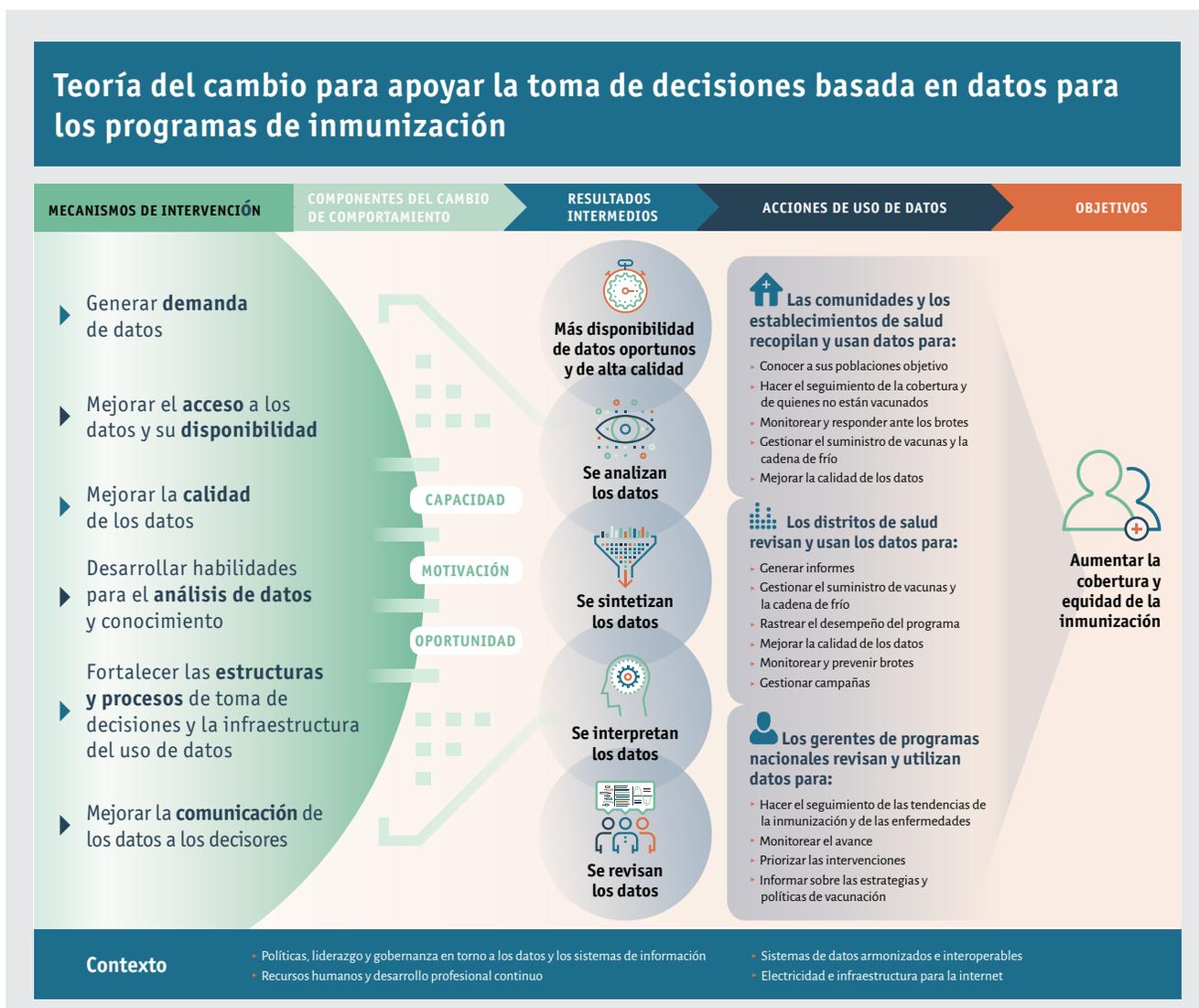
decisão a traduzirem os dados sobre imunização em informações e, em última instância, em ação. A OPAS e a PATH identificaram os resultados intermediários como os precursores necessários ao uso de dados, inclusive qualidade e disponibilidade, análise, síntese e discussão dos dados. Os resultados principais, que seriam de interesse nesta análise, são as ações de uso de dados baseadas no quadro mundial da OMS para fortalecer os dados de imunização e vigilância para a tomada de decisão. A TM orientou a análise de como as intervenções levaram ao melhor uso de dados e evoluiu gradativamente ao longo da análise, conforme eram coletadas novas evidências.

A OPAS e a PATH examinaram 426 documentos publicados e não publicados e identificaram dez categorias de intervenções com uso de dados, o que pode ser encontrado no eixo y da tabela de mapeamento das **lacunas de evidências (figura 2)**. Os resultados preliminares foram divulgados aos interessados em imunização durante uma oficina em maio de 2018. Com base no feedback também se identificaram áreas nas quais as experiências e as evidências de outros setores da saúde seriam aplicáveis e ampliou-se a busca, adicionando-se outros 123 documentos ao corpo bibliográfico examinado. Por ser uma área tão recente, grande parte do conhecimento do setor de imunização a respeito das intervenções relacionadas à qualidade

e ao uso dos dados ainda não foi rigorosamente avaliado ou publicado. Além de incluírem estudos e avaliações baseados em métodos de pesquisa científicos ou esquemas de avaliação, a OPAS e a PATH também consideraram bibliografias que não atendiam os requisitos de um estudo ou avaliação, mas que tinham forte plausibilidade teórica de melhorar o uso de dados, de acordo com a TM. Avaliamos a qualidade dos estudos usando o MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool), uma lista de verificação projetada por Pace et al. para revisões sistemáticas da literatura para avaliar a qualidade de estudos quantitativos, qualitativos e métodos mistos. Referiram-se a esses registros como estratégias promissoras, definidas como estratégias que ainda não haviam demonstrado êxito, mas que teriam potencial de sucesso futuro. Os registros incluídos foram codificados e as evidências sintetizadas segundo os domínios da TM. A certeza das evidências foi classificada com base na consideração da estrutura e da qualidade dos estudos, o número de estudos e sua concordância bem como a dependência das evidências em relação ao contexto. Os resultados foram compilados na tabela de mapeamento das lacunas de evidências e em uma tabela síntese (ver findyourfinding.org).

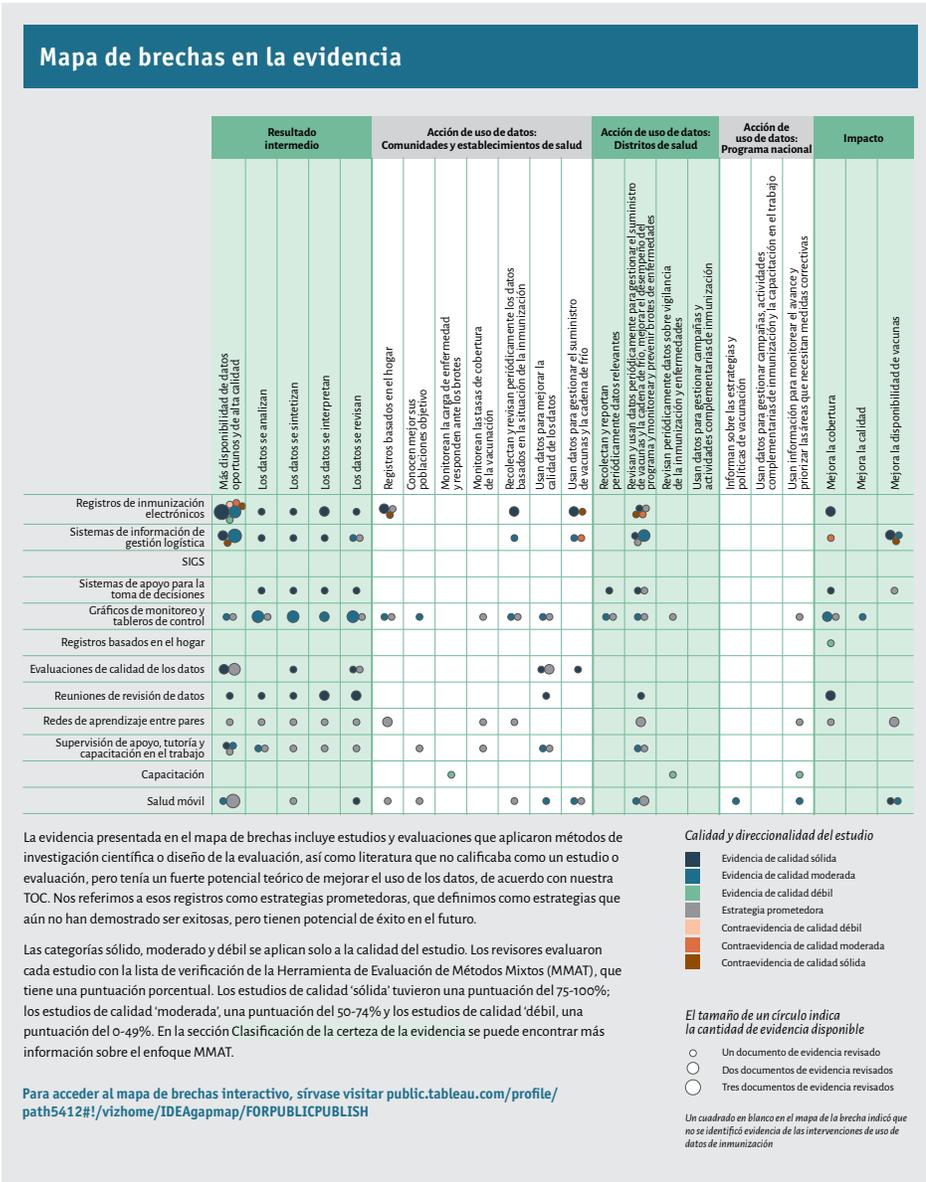
Apesar do reconhecimento cada vez maior de que são essenciais dados da qualidade, oportunos e acessíveis para que cada país tenha a capacidade de

Figura 1. Teoria da mudança IDEA (em espanhol)



IDEA continua da página 2

Figura 2. Mapa das lacunas de evidências (em espanhol)



oferecer vacinas de maneira eficaz a sua população, poucas intervenções com uso de dados foram rigorosamente estudadas ou avaliadas. Há pouca evidência a respeito de como os dados podem ser usados eficazmente para apoiar ações e tomadas de decisão baseadas em dados. Foram encontradas mais evidências a respeito dos resultados intermediários das intervenções com uso de dados relacionados à qualidade, disponibilidade, análise, síntese, interpretação e análise dos dados. As informações e evidências coletadas permitiram a elaboração de teorias mais sólidas, informadas por evidências, a respeito do que funciona para melhorar a qualidade e o uso de dados, para quem, e em que circunstâncias. Chegou-se às seguintes conclusões:

1. As intervenções com componentes múltiplos foram preponderantes e, com frequência, mais eficazes. Quase todas as intervenções examinadas usaram mais de uma estratégia. As estratégias mais integrais que abordavam as barreiras em diversas etapas do uso de dados tinham mais probabilidade de obterem resultados.
2. As intervenções que adotaram uma abordagem de sistema de saúde para institucionalizar o uso

de dados tinham mais probabilidade de êxito e de continuidade de longo prazo. Isso ocorria com a realização rotineira de reuniões de análise de dados, a criação de diretrizes e protocolos nacionais sobre o uso de dados, a contratação de gerentes de dados em todos os níveis do sistema de saúde e a incorporação do treinamento em uso de dados nos currículos nacionais.

3. Embora tenham sido encontradas poucas evidências da eficácia dos sistemas de informação para a gestão da saúde (HMIS, sigla em inglês), inclusive dos registros de imunização eletrônicos, em relação ao uso de dados, eles permanecem sendo intervenções promissoras quando acompanhados de atividades complementares. A transição dos HMIS em papel aos computadorizados, em todos os níveis do sistema de saúde, tornou os dados de mais alta qualidade mais acessíveis aos tomadores de decisão. A introdução gradual dos sistemas computadorizados após o estabelecimento de infraestrutura confiável e capacidade de recursos humanos aumenta a probabilidade de sucesso.

Estamos comemorando 40 anos do Boletim de Imunização (1979-2019)!

4. Os sistemas de informação para a gestão logística (LMIS, sigla em inglês) computadorizados disponibilizaram dados de qualidade mais alta aos tomadores de decisão para que melhorassem a gestão das cadeias de fornecimento, principalmente no âmbito distrital e em níveis superiores. Embora a implementação exclusiva de LMIS computadorizados melhorasse a qualidade e o uso dos dados, foram obtidos benefícios ainda maiores quando outras atividades de uso de dados complementaram o LMIS.

5. Há uma relação dinâmica e cíclica entre a qualidade e o uso dos dados. Embora os resultados desta análise confirmem que a qualidade dos dados é um precursor necessário ao uso dos dados, encontrou-se pouca evidência indicando que as intervenções de componente único tenham aumentado a qualidade dos dados e melhorado seu uso. Pelo contrário, obteve-se evidências mais sólidas de que a qualidade dos dados melhorou por causa do aumento do uso dos dados. O maior uso dos dados gerou demanda por dados de qualidade mais alta, que por sua vez levou a ações para melhorar sua qualidade; conforme a qualidade melhorava, os usuários passaram a confiar mais nos dados, reforçando, portanto, seu uso.

Esta análise foi limitada por vários fatores. Particularmente, os resultados dependiam do que havia sido informado pela bibliografia, que, por vezes, carecia de uma descrição completa dos fatores que haviam contribuído para o sucesso ou fracasso de uma intervenção, o que pode ter deixado escapar considerações contextuais importantes. A ênfase em dados de imunização de rotina ajudou a lidar com o escopo da análise, mas arrisca aumentar o isolamento dos programas de imunização. A análise foi ampliada para incluir bibliografia de outros setores da saúde (HIV e saúde materno-infantil, especificamente); porém, esses esforços não foram tão integrais e provavelmente não conseguiram capturar todas as evidências disponíveis para o tema. A OPAS e a PATH também encontraram apenas estudos e avaliações limitados com análises de custo/eficácia e, portanto, não puderam examinar a eficácia em termos de custo das intervenções incluídas nesta análise. Muitas análises de uso de dados promissoras além da área da imunização estão em andamento. O conjunto da obra deve ser considerado como um todo para informar investimentos estratégicos e interprogramáticos nas intervenções para melhorar o uso de dados.

Esta análise visa diversos públicos e pretende fornecer informações e evidências relevantes sobre as práticas mais eficazes para que os responsáveis pelas decisões referentes às políticas e programas, assim como os financiadores e executores, possam escolher e implementar os enfoques de maior impacto para melhorar o uso de dados na ampliação da cobertura e equidade da vacinação, e em última instância reduzir, ou mesmo eliminar, as doenças que podem ser prevenidas com vacina. A OPAS e a PATH preveem que esses resultados também serão de interesse dos pesquisadores e avaliadores na priorização das lacunas no conhecimento existente. As recomendações são segmentadas por público a fim de incentivar a ação e podem ser plenamente exploradas em findyourfinding.org. ■

Três mitos sobre a vacinação contra a gripe

Mito

1

A gripe é como um resfriado: **INCORRETO**



A gripe é uma doença que pode manifestar-se com febre alta, tosse, calafrios, dores musculares e articulares, dor de cabeça, além de graves complicações que requerem hospitalização, podendo inclusive causar a morte.³ **CORRETO**

- Os resfriados são causados por outros vírus e costumam caracterizar-se por secreção nasal, irritação na garganta e talvez um pouco de febre, mas é pouco provável que apresentem complicações que requeiram hospitalização.
- Há grupos populacionais que correm mais risco de desenvolverem complicações da gripe (crianças pequenas, grávidas, idosos e pessoas com doenças crônicas como diabetes, doenças pulmonares e cardíacas), embora às vezes crianças e jovens sem fatores de risco possam também apresentá-las. Foi observado que pacientes hospitalizados com gripe que não tenham sido vacinados têm de duas a cinco vezes mais risco de morte do que aqueles que foram previamente vacinados.⁴
- No Chile, estimam-se anualmente de 4.000 a 6.500 hospitalizações (principalmente pessoas acima de 65 e menores de cinco anos de idade) e entre 450 e 500 mortes (principalmente pessoas acima de 65 anos) relacionadas com a gripe.⁵

Mito

3

A vacina da gripe não é eficaz: **INCORRETO**



A efetividade (refere-se à proteção) da vacina costuma ser moderada (ao redor de 40 a 60%)⁷ e varia a cada ano. Depende da idade, do estado de saúde e da semelhança dos vírus circulantes aos da vacina. **CORRETO**

- O vírus está continuamente mudando e isso exige a atualização anual da composição da vacina bem como a vacinação anual dos grupos de risco.
- Os profissionais da saúde devem ser vacinados para evitar seu contágio e a transmissão da gripe aos pacientes. Além disso, seu papel é essencial na recomendação da vacinação.⁸
- A vacina contra a gripe não é recomendada para crianças menores de seis meses de idade (já que ainda não têm capacidade de gerar resposta imunológica à vacina), razão pela qual a vacinação de mulheres grávidas é muito importante para protegê-las nos primeiros meses de vida.
- Na temporada de 2017-18, nos Estados Unidos, estimou-se que a vacina tenha evitado que 7 milhões de pessoas adoecessem, 109.000 se hospitalizassem e 8.000 morressem devido à gripe.⁹
- As evidências sugerem que, se alguém vacinado contra a gripe for contagiado, a doença será menos grave do que se não tivesse se vacinado (isto é, serão evitadas complicações, hospitalização ou até a morte).³ ■

Mito

2

A vacina da gripe pode causar a gripe: **INCORRETO**



As vacinas contra a gripe são usadas há décadas, são seguras e não podem causar a gripe. **CORRETO**

- As vacinas contra a gripe administradas por injeção são de vírus inativado (mortos) ou então produzidas a partir de um gene do vírus (recombinantes), em ambos os casos é impossível que alguém contraia a gripe pela vacina.
- A vacina contra a gripe administrada com spray nasal⁶ é de vírus vivo (atenuado) mas sem a capacidade de se replicar e infectar os pulmões ou locais de temperatura elevada provocando a gripe.
- O corpo precisa de cerca de duas semanas depois de vacinar-se para estar protegido, durante esse tempo a pessoa pode ser contagiada pelo vírus da gripe ou outros vírus respiratórios, que podem causar sintomas parecidos com a gripe.
- Os efeitos adversos mais frequentemente relacionados com a vacina são leves (dor e vermelhidão no local da injeção).

OPAS

PROTEJA SUA COMUNIDADE DA GRIPE

Faça sua parte

#VacinarÉProteger

www.paho.org/sva

³ Harrison P. 5 Persisting Myths About Flu and the Flu Vaccine. [Internet]. Medscape Public Health. 2019. Disponível em: https://www.medscape.com/viewarticle/907804#vp_3

⁴ Arriola C, Garg S, Anderson E et al. Influenza vaccination modifies disease severity among community-dwelling adults hospitalized with influenza. Clin Infect Dis. 2017; 65:1289–97.

⁵ Sotomayor V, Fasce RA, Vergara N, De la Fuente F, Loayza S, Palekar R. Estimating the burden of influenza-associated hospitalizations and deaths in Chile during 2012-2014. Infl Other Respi Viruses. 2018; 12:138-45.

⁶ UNão é utilizada com frequência em países de América Latina e Caribe.

⁷ US Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine Effectiveness - How Well Does the Flu Vaccine Work? [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/about/qa/vaccineeffect.htm>

⁸ Ropero-Álvarez AM, El Omeiri N, Kurtis HJ, Danovaro-Holliday MC, Ruiz-Matus C. Influenza vaccination in the Americas: Progress and challenges after the 2009 A(H1N1) influenza pandemic. Hum Vaccines Immunother. 2016;12(8):2206–14.

⁹ US Centers for Disease Control and Prevention. 2017-2018 Estimated Influenza Illnesses, Medical visits, and Hospitalizations Averted by Vaccination in the United States [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/about/burden-averted/averted-estimates.htm>

Atividades de saúde escolar na Argentina para manter a eliminação do sarampo

Durante os meses de outubro e novembro de 2018, foi realizada em Buenos Aires uma campanha nacional de vacinação contra o sarampo, a rubéola e a caxumba (parotidite) para crianças de 13 meses a 4 anos de idade, com o propósito de manter a eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita na Argentina.

A cidade de Buenos Aires é uma das 24 jurisdições do país e conta com 12 áreas programáticas. A meta de população a ser vacinada durante a campanha em Buenos Aires era de 159.164 crianças.

A área programática do Hospital Piñero é uma das maiores e mais vulneráveis de toda a cidade (representando a quinta parte da superfície total da cidade), com uma população de aproximadamente 330.000 pessoas, distribuídas em 35 km². Abrange assentamentos e vilas com realidades heterogêneas e necessidades diversas. A problemática desta área é complexa tornando necessária a consolidação de laços sólidos entre as diferentes equipes que a compõem.

Esta área programática é integrada por 12 centros de saúde, a divisão promoção e proteção da saúde, o programa de cobertura portenha e o programa de saúde escolar (estabelecido pelo decreto no. 3362 em 1989), sendo responsável por 132 escolas públicas, 71 escolas particulares e 29 centros da primeira infância (CPI).

Por não haver informações censitárias da população georreferenciada à área programática do Hospital Piñero, definiu-se a partir do nível central de imunização da cidade a meta para a área calculada, com base na coorte de vacinados com a primeira dose da vacina contra o sarampo, a rubéola e a parotidite (SRP), por ano no período de 2014 a 2018. A população-alvo estabelecida juntamente com o programa de imunização foi de 10% das crianças da cidade (17.848 crianças), buscando alcançar 95% de cobertura da população alvo.

Nas atividades de saúde escolar, a fim de captar sua população de 3 e 4 anos, foram definidas diferentes estratégias, como a vacinação extramural, tanto nas instituições educacionais como nos CPI. Para esta campanha, a equipe da área definiu 48 escolas públicas, 28 CPI e 39 escolas particulares, com crianças na faixa etária da vacinação. A partir da coordenação do programa de saúde escolar da área, planejaram-se diferentes ações para conseguir a maior efetividade da campanha e realizou-se um micro planejamento supervisionado pelo programa de imunização de Buenos Aires, com quem trabalharam de maneira conjunta. O hospital base e todos os seus centros de saúde tinham escolas e instituições particulares ou CPI previamente definidas para a realização das ações de vacinação.

No mês de junho de 2018, solicitou-se a todas as escolas públicas, particulares e CPI da área os elementos a seguir: listagem por sala com nome e

sobrenome, documento nacional de identidade e data de nascimento de todos os alunos, a fim de se ter registrada toda a população e contar com um diagnóstico da situação para o desenvolvimento das atividades.

Foram realizadas reuniões com os chefes de centros de saúde onde se localizavam os centros educacionais, além de pediatras e enfermeiros de todos os serviços de saúde para informar as pautas claras a serem cumpridas. Às autoridades dos estabelecimentos educacionais também foram explicados os objetivos e o alcance da campanha, pedindo sua colaboração, já que a responsabilidade era igualmente compartilhada entre a equipe de saúde e de educação.

Durante a execução da campanha, houve um monitoramento semanal do progresso, considerando as doses aplicadas por idade, serviço de saúde, tanto no nível local, como no nível central da cidade. Este monitoramento permitiu o desenvolvimento do progresso específico da área.

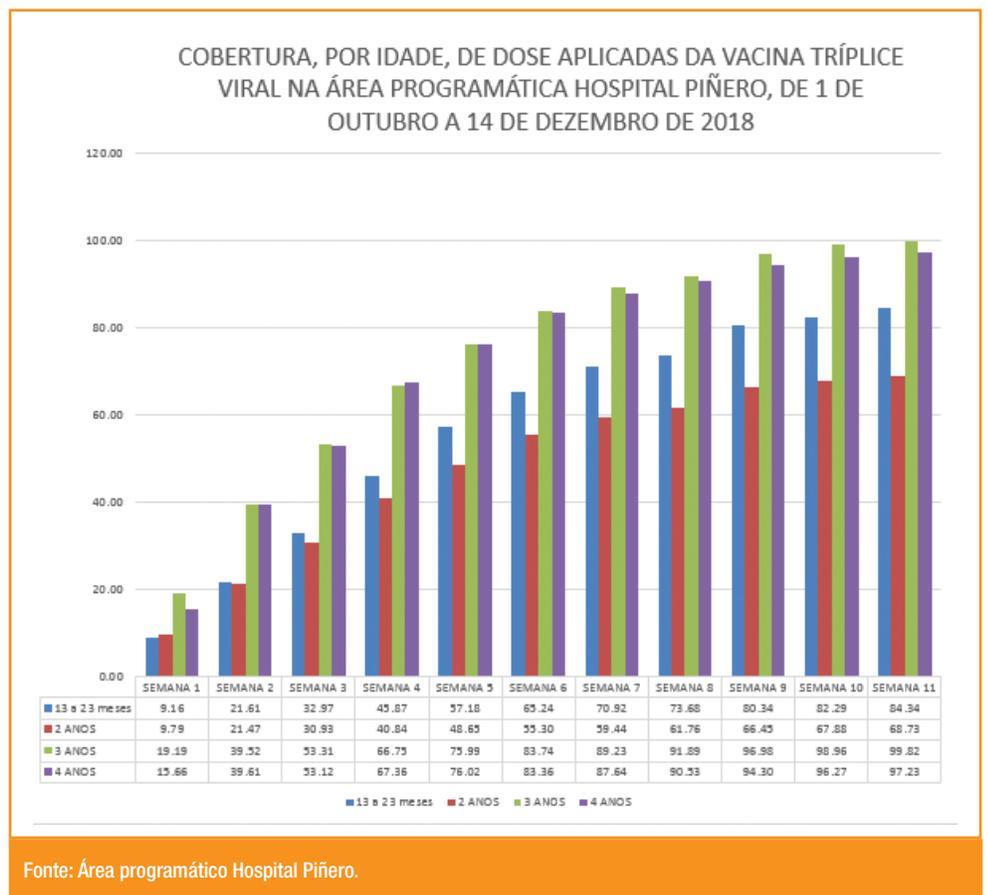
Além disso, foi implementado um monitoramento específico de saúde escolar, incluindo as doses aplicadas nas instituições educacionais e CPI, mediante o qual se pôde definir a necessidade de visitar esses locais buscando os indivíduos não vacinados.

Para otimizar esta tarefa, o programa de saúde escolar elaborou uma planilha de consolidação da área, que contava, entre outras informações, com a identificação da escola, endereço, telefone, população a ser vacinada, vacinados pela área, vacinados por outro serviço de saúde, não autorizados, total de vacinados, porcentagem de cobertura de vacinação e quantidade de alunos pendentes de vacina. A planilha era atualizada semanalmente, de acordo com a evolução das informações.

O programa de saúde escolar não só realizou o monitoramento do progresso por faixa etária, como também da lista nominal de cada escola; controlando os serviços de saúde, identificava quem eram aqueles que ainda precisavam ser vacinados, localizados com nome, sobrenome e instituição que frequentavam.

Identificando as crianças não vacinadas, bem como os motivos por não terem se vacinado, puderam gerar novas estratégias a fim de otimizar as atividades de vacinação para a consecução da meta. Entre elas, vacinação priorizando a hora de chegada das crianças para contar com a presença dos pais, encaminhamentos resguardados às instituições de saúde, etc.

Tanto o serviço de promoção e proteção como o programa de saúde escolar assumiram como desafio descobrir quais seriam as barreiras de acesso da população e localizar onde estaria a porcentagem que faltava para chegar à meta de cobertura estabelecida, mediante o monitoramento dos indicadores por níveis,



ARGENTINA continua da página 5



Atividades nas instituições educacionais. Fonte: Patricia Mancini, Saúde escolar, promoção e proteção da saúde, área programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina.



Atividades nas instituições educacionais. Fonte: Patricia Mancini, Saúde escolar, promoção e proteção da saúde, área programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina.



Atividades nas instituições educacionais. Fonte: Patricia Mancini, Saúde escolar, promoção e proteção da saúde, área programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina.

a supervisão e avaliação e a análise das informações. É muito difícil conhecer a cobertura real da área programática, pois não há um censo populacional atualizado, sendo mais acessível contar com a informação real das escolas, cujas populações são definidas previamente.

Para a abordagem da população que frequenta as instituições educacionais, a maior parte da vacinação foi realizada em campo, de acordo com um cronograma previamente definido, favorecendo o acesso da equipe de imunização às instituições em horários e dias acordados com elas.

No caso das instituições educacionais particulares, em algumas houve atividades de vacinação e nas demais houve um monitoramento efetivo do cumprimento da vacinação, mediante a revisão dos certificados de vacinas aplicadas. Os pediatras da equipe de saúde escolar realizaram o acompanhamento permanente da lista de alunos de cada instituição, gerando um grande trabalho intersectorial com as instituições.

Resultados

No final da campanha, a área programática de Piñero conseguiu atingir a meta definida para a vacinação da população. A estratégia extramural nas instituições educacionais representou 37% da cobertura de vacinação da área programática do Hospital Piñero.

O avanço da meta semanal é evidenciado pelo fato de que os grupos de 3 e 4 anos chegaram a 99 e 97%, respectivamente, enquanto que os grupos de 1 e 2 anos, que não tiveram este tipo de intervenção, chegaram a 84 e 68%, respectivamente. No final da campanha, a equipe de saúde escolar utilizou a estratégia de monitoramento rápido de vacinação (MRV), com o objetivo de

encontrar as crianças não vacinadas. Quinze centros educacionais foram selecionados, entre eles quatro escolas, cinco CPI e seis estabelecimentos de educação infantil. Foram vacinadas 258 crianças dos 676 identificados como não vacinados pelo MRV. Dos 418 não vacinados, 9,2% dos pais não autorizaram a vacinação, 1,5% estavam doentes, 0,5% não tinham indicação do pediatra e 17% justificaram a não vacinação por outras causas.

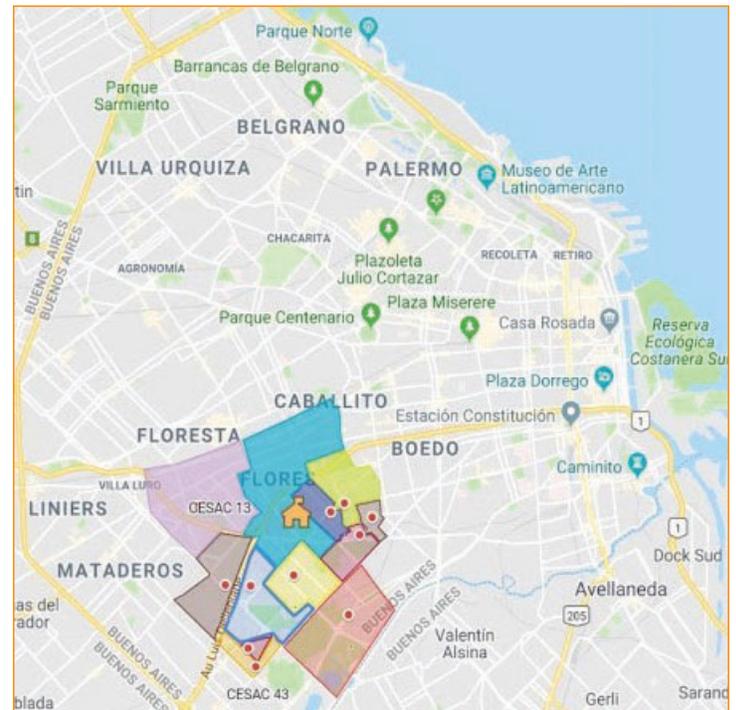
Cabe destacar a excelente articulação entre os integrantes da equipe da área programática, o serviço de promoção e proteção da saúde e o programa de saúde escolar do Hospital Piñero. A articulação foi mais eficaz e fluida nesta campanha, estabelecendo uma rede personalizada entre a equipe central e dos diferentes centros de saúde, com a participação de profissionais de diversas especialidades, possibilitando o trabalho em equipe interdisciplinar, sendo este um dos valores mais importantes para alcançar os resultados finais. ■

Contribuição de:

Mariana Dunaiwsky; Patricia Mancini; Marcela Aramburu; Mónica Franco; Cristina Pinelli; Graciela Muiño; Silvia Briones; Edgardo Knopoff, saúde escolar, promoção e proteção da saúde, área programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina; Alejandra Marcos, programa de imunização, Ministério da Saúde, Buenos Aires, Argentina; Samia Samad, OPAS.



Equipe de trabalho do Hospital Piñero e programa de imunizações. Fonte: Patricia Mancini, saúde escolar, promoção e proteção da saúde, área programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina.



Mapa elaborado por área programática do Hospital Piñero em Buenos Aires, Argentina. Disponível em <http://goo.gl/maps/FGf7JLrcogm>

Tabela 1. Preços das vacinas compradas através do Fundo Rotativo da OPAS, 2019 (em US\$)

VACINA		DOSES POR FRASCO	CUSTO MÉDIO POR DOSE
BCG		10	\$0.2200
Poliomielite Oral bivalente (VOP-b)	10-valente (PCV-10)	10	\$0.1700
	13-valente (PCV-13)	20	\$0.1292
Cólera		1	\$1.7000
DTP		10	\$0.1757
DT	Pediátrico	10	\$0.1600
DTaP tríplice acelular	Pediátrico	1	\$15.0000
DTaP-VPI	Tetavalente Acelular (seringa previamente cheia)	1	\$12.0000
DTaP-VPI-Hib	Pentavalente Acelular (seringa previamente cheia)	1	\$14.8000
DTaP-VPI-hepatite B-Hib	Hexavalente acelular	1	\$21.1200
DTP	Hib liofilizado	1	\$2.6500
Hib de hepatite B de DTP Pentavalente	Líquida	1	\$1.0905
Hepatitis A	Pediátrico	1	\$8.1420
	Adulto (frasco e seringa previamente cheia)	1	\$13.2779
Hepate B (recombinante)	Adulto	10	\$0.2400
	Adulto	1	\$0.3264
	Pediátrico	1	\$0.2165
Hib	Liofilizado	1	\$2.0500
		1	\$5.5000
Poliomielite desativada (VPI)		5	\$3.1000
		1	\$2.4800
Sarampo-rubéola		10	\$0.6560
		1	\$5.5900
Sarampo/parotidite (cepa Lynn Jeryl)/rubéola		1	\$2.7500
		5	\$1.4300
Meningocócica ACYW135		1	\$20.3000
Pneumocócica conjugada pediátrica	10-valente (PCV-10)	1	\$12.8500
	13-valente (PCV-13)	1	\$14.5000

VACINA		DOSES POR FRASCO	CUSTO MÉDIO POR DOSE
Pneumocócica não conjugada	Adulto 23-valente	1	\$8.3000
Raiva, uso humano (células Vero)		1	\$13.0000
Rotavírus, líquido	Esquema de vacinação de 2 doses	1	\$6.5000
	Origem coreana adulto	1	\$3.2900
Influenza sazonal trivalente Hemisfério sul 2019	Origem coreana adulto	10	\$2.1900
	Origem francesa adulto	10	\$2.6500
	Origem coreana adulto	20	\$1.0950
	Origem francesa adulto	20	\$1.3250
Hemisfério sul quadrivalente de influenza sazonal 2019	Origem coreana adulto	10	\$4.4000
	Origem coreana adulto	1	\$5.4000
	Origem francesa adulto	10	\$5.1400
Td	Adulto	10	\$0.0963
Tdap tríplice acelular	Adolescente/adulto	1	\$12.7180
Polissacáride tifoide		20	\$10.0000
Varicela		1	\$16.5894
Febre amarela		10	\$1.4300

Preço das vacinas em 2019 - Emenda I

Esses preços serão cobrados dos Estados Membros, exceto se houver outra disposição nos acordos com o país. As faturas da OPAS incluirão o custo da vacina, uma taxa de serviço de 4,25% (3% de contribuição à conta de capital do Fundo Rotativo e 1,25% da taxa da OPAS, aplicável somente ao custo do produto biológico) e o custo real de acondicionamento, frete e seguro.

Incentivam-se os representantes da OPAS/OMS a emitirem as faturas *pro forma* com base nos preços FCA médios (indicado na lista de preços). Para estimar o custo do acondicionamento, seguro e frete, calcula-se 15% do valor dos produtos biológicos para fins de orçamento. Isso se deve, em parte, à origem do produto. O custo real desses serviços pode variar e será indicado na fatura da OPAS, a qual é emitida aproximadamente 30 dias depois da entrega do pedido. O tempo de provisionamento até a entrega é de aproximadamente 60 dias após o recebimento do pedido pelo Departamento de Compras e Gestão de Suprimentos da OPAS (PRO, sigla em inglês).

Os Estados Membros devem continuar trabalhando conjuntamente com o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas e atualizando as necessidades de vacina trimestralmente. A precisão e a disponibilidade dessas informações são fundamentais para o trabalho da OPAS junto aos fornecedores a fim de assegurar a fabricação oportuna e a disponibilidade dos produtos.

Tabela 2. Preço de seringas compradas através do Fundo Rotativo da OPAS, 2019 (em US\$)

SERINGAS DESCARTÁVEIS		
TAMANHO	EMBALADO POR CAIXA	PREÇO POR UNIDADE*
1cc 22G x 1 1/2"	2400	\$0.0232
	2000	\$0.0311
	1400	\$0.0290
1cc 23G x 1"	3200	\$0.0208
	2000	\$0.0245
	1400	\$0.0290
3cc 23G x 1***	1800	\$0.0330
	1800	\$0.0311
	2400	\$0.0232
5cc 22G x 1 1/2***	1800	\$0.0330
	1800	\$0.0255
	1200	\$0.0235

SERINGAS AUTODESTRUTÍVEL		
TAMANHO	EMBALADO POR CAIXA	PREÇO POR UNIDADE*
0.5cc 25G x 5/8***	3000	\$0.0380
	3000	\$0.0390
	3000	\$0.0282
0.5CC 23G X 1***	3000	\$0.0299
	3000	\$0.0338
	3000	\$0.0282
	4000	\$0.0300
0.5cc 22G x 1 1/2***	3000	\$0.0480
	3000	\$0.0656
0.1cc 27G x 3/8***	3000	\$0.0380
	3000	\$0.0390
0.05CC 26G X 3/8"	3000	\$0.0380

** Preços FCA (Free Carrier) para cada seringa.

*** Quando a quantidade e tamanho das seringas são o mesmo mas os preços são diferentes, isso geralmente se deve a diferentes fornecedores.

Fonte: www.paho.org/revolvingfund

Preços das seringas em 2019 - Emenda I

Esses preços serão cobrados dos Estados Membros. As faturas da OPAS incluirão o custo das seringas, uma taxa de serviço de 4,25% (aplicável somente ao custo das seringas) e o custo real de acondicionamento, frete e seguro.

Incentivam-se os representantes da OPAS/OMS a emitirem as faturas *pro forma* com base nos preços FCA. Para estimar o custo de acondicionamento, seguro e frete, calcula-se 25% do valor das seringas para fretes marítimos e 110% do valor das seringas para frete aéreo. Isso se deve, em parte, à origem do produto, ao peso e ao tipo de frete—aéreo ou marítimo. O custo real destes serviços pode variar e será indicado na fatura da OPAS, a qual é emitida aproximadamente 30 dias depois da entrega do pedido. O período de provisionamento até a entrega é de aproximadamente 30 dias por frete aéreo e 100 dias por frete marítimo, contados a partir do recebimento do pedido pelo Departamento de Compras e Gestão de Suprimentos da OPAS (PRO, sigla em inglês).

Os Estados Membros devem continuar trabalhando conjuntamente com o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas e atualizando as necessidades de seringas trimestralmente. A precisão e a disponibilidade dessas informações são fundamentais para o trabalho do PRO junto aos fornecedores a fim de assegurar a fabricação oportuna e a disponibilidade das seringas. ■

Estamos comemorando 40 anos do Boletim de Imunização (1979-2019)!

O *Boletim de Imunização* é publicado quatro vezes ao ano, em inglês, espanhol, francês e português, pela Unidade de Imunização Integral da Família da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS). A finalidade deste boletim é facilitar o intercâmbio de ideias e informações com respeito aos programas de imunização na Região e além.

As referências a produtos comerciais e a publicação de artigos assinados no boletim não constituem endosso pela OPAS/OMS, nem representam necessariamente a política da Organização.

ISSN 1814-6260

Volume XLI Número 1 • Março 2019

Editores: Octavia Silva, Martha Velandia e Cuauhtemoc Ruiz Matus

©Organização Pan-Americana da Saúde, 2019
Todos os direitos reservados

Unidade de Imunização Integral da Família

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org/immunization>



OPAS

O que aprendi sobre vacinação contra a gripe sazonal e preparação para uma pandemia...

por Alba Maria Roper, assessora regional da OPAS/OMS para temas relacionados à imunização contra a gripe, hepatite, febre amarela e imunização materna

Sabemos que a influenza estacional puede causar muertes Sabemos que a gripe sazonal pode causar mortes e doenças todos os anos em todo o mundo. As pandemias de gripe, além disso, têm um enorme impacto tanto na saúde como na sociedade em geral. O mundo precisa estar preparado para enfrentar uma pandemia severa. Como podemos estar preparados para algo que não sabemos quando acontecerá?

As vacinas contra a gripe são a melhor ferramenta para prevenir a gripe sazonal e reagir a uma pandemia. Esse tipo de vacinação consiste em um grande desafio para os países, já que requer a imunização anual de vários grupos populacionais que não são parte da vacinação tradicional voltada para as crianças, como as pessoas com doenças crônicas, os idosos, as grávidas e os profissionais da saúde.

Em 2009, quando a Região das Américas foi a primeira a enfrentar a pandemia de gripe H1N1, vários conceitos foram confirmados. Por um lado, as pandemias são inevitáveis até certo ponto, por outro, a vacinação contra a gripe sazonal ajuda os países a se prepararem para a eventualidade de uma pandemia.

Isso ficou muito claro quando, durante essa pandemia, observamos que os países que tinham programas de vacinação contra a gripe sazonal implementaram a vacinação contra a influenza A (H1N1) de forma mais rápida e efetiva. E por que razão? Esses países já contavam com a infraestrutura e a capacidade instalada para alcançar os grupos não tradicionais dos programas de imunização.

Não foi por acaso que esses países estiveram preparados. Seis anos antes, a Assembleia Mundial da Saúde, por meio de sua resolução WHA56.19, havia recomendado o uso da vacina contra a gripe, não apenas para diminuir a carga da doença todos os anos, mas também para ajudar os países a estarem mais bem

preparados para responder a uma futura pandemia de gripe. A proposta não passou despercebida e a aposta na vacinação contra a gripe sazonal rendeu frutos na resposta à pandemia.

Após a pandemia de 2009, houve nas Américas um aumento considerável do uso da vacina contra gripe, em comparação com outras regiões da Organização Mundial da Saúde. Os países deram continuidade a seu trabalho de apoiar ou aumentar a vacinação dos grupos de risco, especialmente as mulheres grávidas.

Outro fator importante é a existência, desde 2004, das recomendações do Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Preveníveis por Vacinação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a imunização contra a gripe, bem como o fortalecimento dos grupos técnicos assessores nacionais sobre imunização (NITAGs, sigla em inglês) para o assessoramento dos ministérios da saúde na introdução dessa vacina. Ademais, o fortalecimento da vigilância epidemiológica da gripe, com o desenvolvimento da rede SARINET e os estudos sobre a carga da doença em muitos os países, também se soma ao trabalho por reforçar a capacidade de resposta dos países na Região. O estabelecimento da REVELAC-I, a rede para a avaliação da efetividade da vacina contra a gripe na América Latina e no Caribe, foi um avanço muito importante.

Neste contexto, o acesso a vacinas contra a gripe também é um elemento essencial. O Fundo Rotativo da OPAS desempenhou um papel fundamental na facilitação do acesso a essas vacinas na Região para a imunização de rotina, realizando licitações



Alba Maria Roper.

específicas para a compra de vacinas trivalentes e quadrivalentes com a composição do hemisfério norte e do hemisfério sul, todos os anos. Durante a pandemia de 2009, o Fundo Rotativo participou de processos de negociação em nome dos países, especialmente daqueles sem capacidade de produção, o que lhes permitiu o acesso à vacina mais cedo do que em outras regiões.

Apesar desses avanços, reconhecemos que persistem importantes desafios para melhorar o uso dessa vacina. Ainda nos resta ampliar a cobertura de vacinação de alguns grupos de risco, a saber, pessoas com doenças crônicas, idosos e, inclusive, profissionais da saúde. Identificamos a inconveniência do acesso e a falta de confiança nas vacinas como razões para a reticência de alguns grupos. É preciso elaborar estratégias de comunicação adequadas ao contexto cultural e voltadas para populações específicas, com vistas a começar a reverter essa situação. Também é preciso oferecer mais treinamento contínuo aos profissionais da saúde, que ainda são uma das maiores fontes de confiança para a decisão de se vacinar.

Em conclusão, aprendemos com a experiência vivida que programas fortes e sustentáveis de vacinação contra a gripe sazonal serão cruciais para mitigar uma futura pandemia. A atual capacidade de identificar os grupos de risco a serem vacinados, o acesso à vacina, os aspectos reguladores, a distribuição, a administração, o monitoramento e a avaliação do desempenho da vacina sazonal serão fundamentais para que se possa realizar uma vacinação rápida, prevenindo assim casos de gripe e mortes relacionadas. Em meio a uma pandemia, não teremos tempo de elaborar novos sistemas de distribuição, administração e avaliação de vacinas, por isso é muito importante que já tenhamos esses mecanismos estabelecidos e testados com antecedência. Estas capacidades devem ser postas à prova mediante simulados e outros exercícios que permitam aos países refinar seus planos de preparação para uma pandemia. Nesses preparativos, a vacinação sazonal desempenha um papel fundamental. ■

O objetivo da coluna "O que eu aprendi" é proporcionar um espaço aos profissionais da imunização de todas as Américas para que compartilhem suas experiências únicas e lições aprendidas. Os interessados em escrever na coluna devem entrar em contato com Octavia Silva em silvao@paho.org

Estamos comemorando 40 anos do Boletim de Imunização (1979-2019)!