



# **GRUPO TÉCNICO ASSESSOR EM DOENÇAS PREVENÍVEIS POR VACINAÇÃO**

**XV Reunião . Washington, D.C., EUA  
22-23 DE NOVEMBRO DE 2002**

**Municípios: Melhorando os  
Serviços de Imunizações**

**Conclusões e Recomendações  
(Informe Final)**

## **Grupo Técnico Assessor em Doenças Preveníveis por Vacinação (GTA)**

XV Reunião – Washington, EUA

22-23 de novembro de 2002

Relatório Final

O Grupo Técnico Assessor em Doenças Preveníveis por Vacinação (GTA), da Organização Pan-americana da Saúde, reconhece os importantes avanços dos eficientes programas nacionais no enfrentamento das doenças imunopreveníveis na Região das Américas. Estes programas são esforços pioneiros que outros países e outras Regiões atualmente adotam como modelo. De fato, o ritmo dos avanços observados ao longo dos últimos 25 anos no controle destas doenças e a redução das taxas de morbidade e mortalidade na infância não encontra precedentes. Os notáveis êxitos obtidos refletem uma extraordinária parceria de esforços desenvolvidos pelos governos, profissionais de saúde e agências de financiamento públicas e privadas, assim como a liderança aportada pela Organização Pan-americana da Saúde.

É importante que estes esforços sejam mantidos e, com esta finalidade, o GTA reafirma as seguintes recomendações gerais: 1) A importância de que todos os países alcancem a meta de 95% de cobertura vacinal com todos os imunógenos em todos os municípios tanto na rotina quanto em campanhas, assim como a necessidade de que os países possuam sistemas adequados de vigilância capazes de gerar informações fidedignas e oportunas; 2) Todos os países devem aplicar e verificar o cumprimento de leis sobre a vacinação de escolares segundo as quais é obrigatório que as escolas comprovem que as crianças admitidas ao nível pré-escolar possuam registro de vacinação completo, em conformidade com os dos esquemas nacionais de vacinação.

### **Sarampo**

#### **O progresso na interrupção da transmissão do sarampo**

Um notável progresso foi feito nas Américas em relação ao objetivo de interromper a transmissão autóctone do sarampo. Compromisso político, financeiro e social sustentável e estratégias seguras tornaram a interrupção da transmissão do sarampo endêmico nas Américas uma meta alcançável.

Durante 2001, a transmissão do sarampo endêmico ocorreu em somente três países do Hemisfério Ocidental: República Dominicana, Haiti e Venezuela, com apenas 541 casos confirmados de sarampo. Em maio e setembro de 2001, respectivamente, a República Dominicana e o Haiti interromperam a transmissão do sarampo, acabando eficazmente com a transmissão indígena do vírus do sarampo D6. Esse genótipo circulou amplamente na Região desde 1995, causando um surto regional nos seguintes países:

Brasil, Argentina, Bolívia, República Dominicana e Haiti. Em setembro de 2001, após uma importação da Europa, um novo genótipo do sarampo, o d9, foi introduzido na Venezuela. A epidemia se espalhou para a Colômbia em novembro de 2002. Até novembro de 2002, 2.495 casos foram confirmados na Venezuela e 128 na Colômbia. Após esforços substanciais de vacinação em ambos os países, os últimos casos confirmados notificados na Colômbia e na Venezuela começaram em 6 de setembro e 30 de outubro de 2002, respectivamente.

Os esforços nos próximos anos deverão ser concentrados em conseguir e manter uma alta cobertura de vacinação contra o sarampo em todas as municipalidades, e alcançar uma alta imunidade da população entre grupos de alto risco para evitar o ressurgimento da transmissão endêmica após importações. A meta continua sendo a de alcançar e manter 95% de cobertura em todas as municipalidades em todos os países.

A implementação completa da estratégia recomendada pela OPAS em todos os países continua sendo a base dos esforços relacionados à interrupção da transmissão autóctone do sarampo. Os países que não realizaram campanhas de vacinação de seguimento adequadas, ou não mantiveram altos níveis de imunidade ao sarampo induzida pela vacina, registraram grandes surtos após introduções do vírus do sarampo.

### **Esforços Globais contra o Sarampo**

O GTA elogiou os esforços conjuntos da Organização Mundial da Saúde e da UNICEF, com a colaboração dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, para o lançamento do Plano Estratégico 2001-2005, com o propósito de reduzir a mortalidade global e eliminar regionalmente o sarampo.

### **Lições Aprendidas**

Devido ao fato de o sarampo ser altamente endêmico em outras regiões do mundo, as Américas continuam sob uma constante ameaça de importação do vírus do sarampo de outras regiões onde a doença permanece endêmica. As importações do sarampo foram responsáveis por surtos na Argentina, Bolívia e República Dominicana em 1998-1999, no Haiti em 2000-2001 e na Venezuela em 2001-2002. As importações do sarampo são inevitáveis; portanto, a estratégia principal para prevenir um reinício da transmissão do sarampo endêmico consiste em manter o máximo possível de imunização da população através da ampla cobertura de vacinação em todos os municípios.

As lições aprendidas de surtos recentes decorridos de importações destacaram que áreas periurbanas densamente povoadas e subatendidas, com alta migração rural-urbana, estão sob maior risco para a ocorrência de surtos de sarampo, principalmente por causa da acumulação de um grande número de pessoas suscetíveis, especialmente crianças não vacinadas. Algumas áreas tiveram uma falsa sensação de segurança porque a cobertura

obtida através de dados administrativos de cobertura foi substancialmente maior do que a cobertura obtida através do monitoramento domiciliar de coberturas vacinais<sup>1</sup>.

Outra lição crítica decorrente de surtos recentes chama a atenção para a necessidade de desenvolver métodos e ferramentas de supervisão fortes e confiáveis para melhorar a avaliação dos esforços de vacinação e supervisão, particularmente no nível local. A experiência das Américas mostra que programas com supervisão sistemática e completa, incluindo a busca ativa de casos, monitoramento domiciliar e acompanhamento podem interromper com sucesso a transmissão do sarampo.

Investigações sobre surtos realizados na Região continuam a mostrar que o grupo que corre maior risco de contrair sarampo é o de crianças pequenas não vacinadas. Outro grupo de alto risco para contrair e/ou transmitir a doença é o de profissionais da saúde, principalmente os que trabalham em salas de emergência ou tratam de crianças com doenças agudas.

Outra importante descoberta foi o persistente atraso na notificação de casos em algumas áreas, assim como a participação insuficiente dos provedores do setor privado em esforços de supervisão. Isso afetou a capacidade dos países de detectarem surtos de sarampo e implementar medidas de controle de maneira adequada e oportuna.

Motivo de grande preocupação são as grandes municipalidades na Região, que, devido à alta densidade de população e grande número de migrantes de áreas rurais, correm um risco maior de manter a transmissão do sarampo, caso seja introduzida. Dentro dessas municipalidades, há uma probabilidade de haver subpopulações de alto risco (caracterizadas pelo acesso precário a serviços de saúde, pobreza, alta densidade de população e grande número de migrantes).

## **Recomendações**

Reconhecendo os importantes avanços feitos nas Américas no sentido de interromper a transmissão do sarampo endêmico, e com base nas lições aprendidas em surtos recentes, o GTA reafirma suas recomendações emitidas durante a reunião de 2000.

---

<sup>1</sup> Monitoramento domiciliar de coberturas vacinais é o uso de instrumento rápido de campo em determinadas localidades, através do qual, por visita casa-a-casa, se identifica numa seqüência de 20 casas que tenham crianças da faixa etária que se queira avaliar, o número total de crianças em cada casa e o número de crianças vacinadas (com comprovação de cartão). Este método vem sendo utilizado crescentemente como ferramenta operacional de apoio às estratégias de imunização em diversos países. Nestas ocasiões, se mostrou sensível para detectar bolsões de baixas coberturas vacinais em determinadas regiões geográficas. O monitoramento não é um inquérito de cobertura vacinal e seus resultados não são generalizáveis para o resto da localidade. É um instrumento de supervisão cujo objetivo é de ajudar os supervisores a determinar se há ou não necessidade de programar uma vacinação para determinada área, zona ou bairro. Se todas as crianças das quadras visitadas estão vacinadas e todos os pais referem que acodem regularmente à vacinação e não há falta de vacina o estudo sugere que não existe na área problema com a cobertura. As localidades escolhidas devem ser áreas nas quais acredite haver fatores que possam contribuir para uma menor cobertura vacinal, tais quais dificuldade de acesso, áreas de pobreza, áreas com intenso fluxo migratório e/ou população flutuante ou ilegal, entre outros.

- Os administradores de programas de vacinação devem identificar áreas em alto risco para ocorrência de surtos, como áreas pobres, subatendidas e densamente povoadas nos arredores das grandes cidades com alta migração rural-urbana. Para estimar a cobertura administrativa da vacinação nessas áreas, devem-se usar as ferramentas padronizadas de supervisão da OPAS. As intervenções de vacinação devem ser implementadas em áreas com baixa cobertura. A fim de melhorar a cobertura geral de imunização, os países devem identificar municipalidades que estão abaixo da cobertura média nacional e implementar estratégias para melhorar a cobertura nessas áreas. Os esforços devem incluir a redução de oportunidades perdidas, vacinação suplementar (*mop-up*) e outros esforços de extensão. O progresso deve ser avaliado através de supervisão e validação regular dos níveis de cobertura através de monitoramento domiciliar rápido de coberturas vacinais. Projetos modelo de demonstração devem ser empreendidos para desenvolver métodos válidos e operacionalmente exequíveis para identificar essas populações de alto risco, bem como para desenvolver meios eficazes de melhorar a cobertura. O impacto nos níveis de cobertura específicos dos centros e comunidades deve ser estimado antes e após a intervenção. Os resultados desses projetos de demonstração devem ser apresentados na próxima reunião do GTA.
- Os países devem visar principalmente à vacinação de profissionais de saúde que trabalham em salas de emergência, ou que tratam de crianças com doenças agudas, como outros grupos populacionais em risco, baseado em dados epidemiológicos do país.
- Devem ser feitos esforços especiais para melhor entender a epidemiologia das importações do sarampo e os fatores que contribuem para sustentar grandes surtos, incluindo os principais lugares de transmissão.

## **Rubéola**

Já foram obtidos benefícios como resultado da maior atenção dada à rubéola e à síndrome da rubéola congênita (SRC) na Região, seguindo as recomendações do GTA de 1997 que incluíam a implementação imediata de uma iniciativa regional para fortalecer os esforços de prevenção da rubéola e da SRC reduzindo a circulação generalizada do vírus da rubéola. Na reunião do GTA de 1999, realizada no Canadá, foi desenvolvida uma estratégia acelerada de controle da rubéola e prevenção da SRC para as Américas, em seguida às bem-sucedidas campanhas de vacinação em massa contra a rubéola para adultos nos países de língua inglesa do Caribe e Cuba. A estratégia inclui a vacinação de mulheres e homens adultos, juntamente com a introdução da vacina da rubéola em programas nacionais de imunização da infância. O fundamento principal de uma estratégia acelerada de vacinação é reduzir o tempo que leva para interromper a circulação do vírus da rubéola e prevenir a ocorrência de SRC. A maioria dos países na Região já implementou a vacinação de rotina contra a rubéola para crianças, que protege a criança quando esta atinge seu primeiro ano de vida. Contudo, essa estratégia de vacinação provavelmente levará mais de 20 anos para controlar a SRC, pois vários grupos de mulheres grávidas ainda serão suscetíveis ao vírus da rubéola.

O Chile, a Costa Rica, o Brasil e Honduras realizaram campanhas de vacinação em massa para adultos para o controle acelerado da rubéola e a prevenção da SRC: o Brasil e o Chile direcionaram essas campanhas somente para as mulheres; a Costa Rica e Honduras executaram campanhas contra a rubéola que incluíam homens e mulheres. Um conhecimento crítico foi obtido para guiar o desenvolvimento futuro de estratégias bem-sucedidas ( $\geq 90\%$  de cobertura) e sustentáveis de vacinação de adultos. A SRC é agora reconhecida como um sério problema da saúde pública, mas os dados limitados de supervisão continuam sendo uma fonte de preocupação, pois subestimam o verdadeiro ônus da doença e complicam a avaliação do sucesso da iniciativa. Além disso, poucos casos clínicos de rubéola estão sendo confirmados por testes laboratoriais, e poucos espécimes virológicos estão sendo enviados para tipagem molecular. Os esforços de acompanhamento de mulheres grávidas que contraíram rubéola precisam ser reforçados.

## **Recomendações**

### **Estratégias de Vacinação**

- Todos os países devem prevenir a circulação do vírus da rubéola, o que levará a uma redução da SRC. A melhor maneira de conseguir isto consiste em reduzir o número de pessoas suscetíveis, o que irá resultar em uma diminuição na transmissão da rubéola. Assim, os países devem realizar uma campanha de vacinação em massa para homens e mulheres. O grupo etário a ser vacinado deve ser determinado com base na epidemiologia do país. Contudo, os grupos a serem visados incluem crianças que podem não ter sido vacinadas no programa de rotina, por exemplo, crianças com  $\geq 5$  anos de idade e adultos de ambos os sexos. O limite mais alto de idade deve ser determinado por padrões conhecidos de

fertilidade e suscetibilidade esperada. Os países que conduziram campanhas bem-sucedidas usaram um limite maior de idade, de 29 a 39 anos.

- São necessários esforços adicionais direcionados para reduzir o número de mulheres em idade de procriar suscetíveis à rubéola. Estratégias de imunização, direcionadas a mulheres no pós-parto, as que visitam clínicas de planejamento familiar e as que freqüentam escolas e trabalham, podem ser usadas para protegê-las.

### **Supervisão**

- A supervisão da rubéola deve ser completamente integrada com a supervisão do sarampo.
- A supervisão da SRC deve ser reforçada nas Américas através da colaboração com o Sistema de Informação Perinatal (SIP 2000) regional do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP) e o Estudo Colaborador Latino-Americano sobre Má-formação Congênita (ECLAMC). Deve-se atribuir ênfase especial à realização de investigações completas de mulheres grávidas com rubéola e avaliações detalhadas do acompanhamento dos recém-nascidos.

### **Rede de Laboratórios de Sarampo e Rubéola**

A grande maioria dos casos suspeitos de sarampo e rubéola na Região possui amostras adequadas de soro colhidos. Em geral, os indicadores de laboratórios regionais demonstram que a rede de laboratórios está funcionando com um alto desempenho. Além do mais, resultados de testes de grupos de controle de qualidade demonstram um nível muito alto de competência dos laboratórios. Contudo, notam-se várias áreas de preocupação. Primeiro, poucos países conseguem assegurar que 80% dos espécimes cheguem no laboratório de maneira adequada. Segundo, pouquíssimas amostras para isolamento do vírus do sarampo estão sendo coletadas e testadas pela rede. Um número ainda menor de espécimes está sendo testado para isolamento do vírus da rubéola. Isso se deve, em parte, à necessidade de maior coordenação e comunicação entre os clínicos, epidemiologistas e laboratoristas. De qualquer maneira, o isolamento do vírus é crítico para assegurar a determinação dos genótipos, para avaliação do programa contra o sarampo na próxima fase de pós-eliminação, assim como para determinar a extensão da transmissão da rubéola no hemisfério.

Finalmente, é importante ter em mente que os países devem esperar alguns casos com resultados de laboratórios falso-positivos. Para isso, dispomos de procedimentos laboratoriais para estabelecer quais resultados de laboratório são falsos-positivos. Além disso, continua a existir confusão na administração apropriada de casos recentemente

vacinados que se descobrem ser, como se esperava, IgM-positivos. A OPAS também publicou pautas sobre o manejo apropriado desses casos.

### **Recomendações**

- Os administradores nacionais devem assegurar que as pautas recomendadas pela OPAS para avaliação de doenças eruptivas cutâneas associadas à vacinação sejam seguidas para estabelecer a classificação final desses casos. Os administradores não devem considerar que uma doença eruptiva cutânea em um caso recentemente vacinado está sempre relacionada à vacinação. Todos os casos que são positivos devem ser investigados com cuidado para assegurar que não sejam sarampo ou rubéola, determinando se há casos-fonte potenciais com erupção cutânea e febre, e se houve transmissão viral subsequente.
- Os laboratórios nacionais devem ser elogiados por sua participação, bem como pelos resultados dos painéis de controle de qualidade. Todos os laboratórios devem continuar a participar desses programas de controle de qualidade. Os administradores dos programas devem assegurar que todos os soros de casos suspeitos sejam testados para anticorpos de sarampo e rubéola. Além do mais, deve-se atribuir ênfase especial à coleta de espécimes para isolamento do vírus e à logística necessária para assegurar que espécimes adequados sejam colhidos e enviados apropriadamente.

## Pólio

Os países realizaram esforços substanciais após o surto do vírus da pólio derivado da Sabin tipo 1 na ilha Hispaniola em 2000-2001. Os primeiros casos de poliomielite decorrente do vírus da pólio derivado da vacina tipo 1 foram notificados em outubro de 2000 na República Dominicana. Foram confirmados 13 casos na República Dominicana e 8 casos no Haiti. Todos os casos ocorreram entre indivíduos vacinados inadequadamente ou não vacinados. O surto foi resultado da circulação prolongada do vírus da pólio derivado da vacina em áreas com baixas coberturas vacinais da vacina antipólio oral (OPV), assim como condições sanitárias precárias. Isso permitiu que os vírus derivados da OPV sofressem mutação se tornando virulentos e estabelecessem a circulação. Esforços intensificados de vacinação nacional em ambos os países, junto com a supervisão e uma busca ativa de casos suspeitos, evitaram a continuidade da disseminação desse vírus mutante. Os últimos casos de poliomielite devida ao vírus da pólio derivado da vacina foram notificados em janeiro de 2001 na República Dominicana, e em julho de 2001 no Haiti.

O GTA apóia a necessidade de minimizar o potencial de reintrodução do vírus selvagem da pólio através da contenção das cepas do vírus da pólio em laboratórios. Alguns países na Região das Américas iniciaram a Fase 1 do plano de contenção, correspondente à elaboração de um inventário dos laboratórios nacionais que podem ter armazenado vírus selvagem da pólio ou materiais potencialmente infectantes, e o inventário desses materiais. O GTA recebeu um relatório sobre contenção e assinala o progresso alcançado nas atividades de contenção na Região.

Em resposta ao surto derivado da vacina em 2000-2001, a OPAS recomendou que os países executassem uma análise do risco de falha na detecção da circulação do vírus da pólio, com base no desempenho dos sistemas nacionais de vigilância nos últimos cinco anos, assim como no nível de cobertura vacinal com OPV alcançado durante esses mesmos anos. Esse exercício salientou a necessidade de fazer essas avaliações no nível local a fim de constatar as variações dentro dos países. Durante os últimos cinco anos, a cobertura regional de vacinação com vacina oral contra a pólio foi mantida em mais de 85%. Contudo, a cobertura local de vacinação mostra que somente 46% das municipalidades notificaram uma cobertura de  $\geq 95\%$  em 2000 e 44% em 2001. Os países com municipalidades com baixas coberturas estão desenvolvendo bolsões de suscetíveis. Muitos países atualmente não estão atingindo os indicadores de vigilância da paralisia flácida aguda. Outro motivo de preocupação é o fato de que quase 20% de todos os casos de paralisia flácida aguda (AFP) carecem de espécime adequado, devendo portanto ser classificados como casos compatíveis. No entanto, somente 15-20 casos compatíveis são notificados a cada ano.

## **Recomendações**

- O GTA observa que um grande número de casos de AFP está sendo descartado por não possuírem uma avaliação adequada ou uma amostra de fezes. Todos os países na Região devem continuar a usar o sistema recomendado de classificação de casos de AFP e devem estabelecer um Grupo ou Comissão Nacional de Especialistas. Essa Comissão deve analisar detalhadamente os casos que não possuem um espécime de fezes adequado a fim de determinar a etiologia da paralisia do caso.
- Todos os países devem manter a vigilância dos padrões de certificação. Esforços especiais devem ser direcionados para melhorar a vigilância, principalmente nos países cuja taxa de AFP não-pólio caiu para menos de 1/ 100.000.

## **Tétano Neonatal**

Um único caso de tétano neonatal nas Américas deve ser considerado um fracasso dos serviços de saúde, e deve ser submetido a uma avaliação para determinar como poderia ser prevenido. A incidência de tétano neonatal (TN) continua com tendência a diminuir na Região. Em 2000 foram notificados 120 casos. A doença está confinada agora a menos de 1% de todos os distritos nas Américas. As características epidemiológicas continuam a mostrar que os casos ocorrem predominantemente entre filhos de mulheres múltiparas da área rural, que às vezes carecem de assistência pré-natal, não são vacinadas e na maioria das vezes tiveram partos em casa.

Os esforços nos últimos anos foram guiados por condições epidemiológicas e sociais associadas aos casos remanescentes, como a migração, marginalidade e incidência em áreas remotas, enfatizando a seleção de áreas geográficas de alto risco. Os programas se concentraram em aproveitar todas as oportunidades de vacinar todas as mulheres grávidas ou mulheres em idade fértil em cada contato com serviços de saúde. A epidemiologia do TN mudou. Agora os esforços devem ser alterados, passando da marcação de identificação de áreas geográficas de risco, para a utilização de fatores de risco dos casos para direcionar intervenções específicas para minimizar estes fatores de risco.

A situação do TN no Haiti é particularmente preocupante. O sistema regular de notificação registra cerca de 40 casos por ano. Em meados de 2002, o Haiti notificou 15 mortes decorrentes do TN. O Haiti contribui com mais de 50% dos casos de TN ocorridos nas Américas. A maioria desses casos está ocorrendo entre mães que são múltiparas, não receberam assistência pré-natal, tiveram parto em casa e não foram imunizadas contra o tétano. Pesquisas anteriores apontaram uma subnotificação generalizada e o número real de casos pode ser 10 vezes maior do que o notificado. Parte do problema é que o programa regular de imunização cobre somente uma pequena proporção de mulheres em idade fértil. Uma pesquisa empreendida em 2000 demonstrou que somente 25% das mulheres grávidas receberam 2 doses da vacina com o toxóide tetânico (TT). O Ministério da Saúde e da População do Haiti desenvolveu um Plano para a eliminação do TN a ser implementado no início de 2003. Os esforços do Haiti devem ser totalmente apoiados.

## **Recomendações**

- Esforços especiais de vacinação e supervisão devem ser empreendidos dentro das municipalidades e bolsões de sub-atendidos que ainda notificam casos isolados de TN. A vacinação contra o tétano neonatal deve ser integrada aos serviços de saúde materna, com ênfase em disponibilizar a vacina para o uso de parteiras.

- Oportunidades perdidas para vacinar podem ser bastante reduzidas administrando a vacina contra o tétano neonatal em todas as mães que visitam um centro de saúde por qualquer razão.

## **Difteria**

A incidência de difteria foi reduzida significativamente nas Américas como resultado do aumento da cobertura vacinal. Em 1978, foram notificados 6.857 casos, o maior número registrado na Região. Os casos diminuíram gradativamente do nível máximo - 113 casos em 2000, a 68 casos notificados em 2001. Até a 40ª semana epidemiológica de 2002, 164 casos haviam sido notificados. A cobertura média de vacinação com DPT3 na região foi de 88%, mas 47% das municipalidades notificaram cobertura inferior a 95%. Surtos recentes na Região, na Colômbia em 2000 e em 2002 no Paraguai, mostram que a maioria dos casos está ocorrendo entre a população mais pobre que carece de acesso aos serviços de vacinação e/ou não receberam todas as doses recomendadas, incluindo crianças em idade escolar e adultos-jovens. As pessoas sob risco foram identificadas como as que vivem em áreas periurbanas e marginalizadas.

## **Recomendações**

- A equipe de saúde deve ser atualizada sobre vigilância, investigação adequada de casos, tratamento e medidas de controle da difteria.
- Em locais de surto, as atividades de vacinação devem incluir a administração de duas doses de vacina contra o tétano neonatal com um mês de intervalo a todos os grupos de idade afetados, incluindo, se necessário, crianças na escola e adultos em uma ampla área geográfica.

## Febre Amarela

Continuam a ocorrer casos de febre amarela silvestre em países localizados dentro da área enzoótica, mas observou-se uma diminuição nos casos notificados nos últimos quatro anos como resultado de medidas preventivas adotadas pelos países endêmicos, principalmente Bolívia e Brasil. Todos os casos foram infectados em áreas rurais, mas alguns foram para cidades infestadas pelo *Aedes aegypti* para diagnóstico e tratamento. A ampla distribuição do *A. aegypti* em áreas urbanas aumenta a preocupação de que a transmissão urbana poderia ser estabelecida a não ser que se realize um controle efetivo da doença em áreas enzoóticas e entre visitantes de áreas enzoóticas.

## Recomendações

- Os países devem continuar a reforçar a vigilância de casos clínicos compatíveis com febre amarela, para assegurar a implementação rápida de medidas de controle. A vigilância da síndrome icterica e vigilância de epizootias devem ser empreendidas de forma sistemática em áreas sentinela para aumentar a capacidade dos países de detectar a circulação do vírus da febre amarela.
- Os países enzoóticos devem considerar a implementação das seguintes recomendações em municipalidades dentro de áreas enzoóticas, ou em áreas com um índice de infestação do *A. aegypti* maior do que 5%:
  - Imunizar toda a população.
  - Incorporar a vacina contra a febre amarela no esquema de rotina para crianças.
- Os países das Américas devem estocar um número suficiente de vacinas para uso em atividades emergenciais para controle de surtos.

## **Variola**

Em 11 de setembro de 2001, os ataques terroristas nos Estados Unidos provocaram uma maior conscientização acerca da ameaça potencial do uso deliberado do vírus da varíola como arma biológica contra populações civis. Os baixos níveis existentes de imunidade da população devido à cessação da vacinação contra a varíola há mais de 20 anos, junto com o maior movimento, se tornaram uma fonte de preocupação e realçaram a necessidade de uma resposta adequada e oportuna.

A OPAS convocou duas reuniões de consultoria técnica em 2001, para examinar desafios atuais e futuros colocados por esses eventos, e o potencial de produção regional de vacinas de qualidade contra a varíola para enfrentar situações de emergência. Os países foram solicitados a examinar suas capacidades de vigilância e diagnóstico para rápida detecção e investigação de casos de varíola, assim como reforçar o preparo de hospitais para emergências. Além disso, salientou-se a necessidade de se chegar a um consenso entre os países de que um caso de varíola em qualquer país é uma ameaça para toda a Região e, portanto, os países que produzem e/ou possuem estoques de vacina contra a varíola os disponibilizariam para controlar o surto no país afetado.

## **Recomendações**

- O GTA tomou nota da resolução sobre a varíola da XXVI Conferência Sanitária Pan-Americana, a qual indica que todos os países devem considerar qualquer surto de varíola como uma ameaça à Região e ao mundo, devendo notificar imediatamente qualquer caso suspeito que possa ocorrer, e estar preparados para fornecer assistência emergencial necessária, incluindo vacinas para conter o surto o mais rápido possível.

## **Segurança das Vacinas**

Monitorar a segurança da imunização e integrar esse aspecto no sistema de saúde são responsabilidades complexas, compartilhadas por programas nacionais de vacinação, autoridades reguladoras nacionais, laboratórios de controle de qualidade e profissionais da saúde. A OPAS enfatizou o uso de uma abordagem que inclui o uso de vacinas de qualidade, práticas de injeção seguras e o manejo rápido de qualquer evento atribuído à vacinação.

## **Recomendações**

- Recursos suficientes devem ser alocados para tornar a segurança das vacinas uma prioridade e um componente fundamental de todos os programas de imunização, com o seguinte: garantindo um estoque adequado de seringas, vacinas, caixas para descarte seguro de materiais perfuro-cortantes utilizados, assim como a disposição final apropriada do equipamento.
- Deve-se reforçar as atividades de treinamento para todos os profissionais de saúde, incluindo o desenvolvimento e a disseminação de materiais de treinamento a todos os níveis do sistema de saúde para assegurar o conhecimento de diretrizes padronizadas sobre prevenção, detecção e avaliação de eventos presumivelmente atribuídos à vacinação. Deve-se desenvolver também atividades de treinamento em práticas seguras de vacinação, principalmente para mudar o comportamento em relação à reutilização de agulhas usadas.

## **Introdução de Novas Vacinas**

### **Vigilância para a Introdução de Novas Vacinas**

A rápida inclusão de uma nova vacina contra a *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) pela maioria dos países na Região forneceu lições importantes para a incorporação de outras vacinas novas, sejam elas em desenvolvimento e/ou já aprovadas. A disponibilidade de novas formas de aplicar imunógenos múltiplos, como as vacinas combinadas, facilitou ainda mais a incorporação rápida da vacina contra a Hib e a hepatite B nos programas de imunização dos países.

As informações sobre a carga da doença, grupos de risco e estudos de custo-efetividade são considerações fundamentais para a introdução de novas vacinas. A informação regional, assim como as informações específicas dos países, são necessárias para determinar a necessidade de introdução de novas vacinas.

### **Recomendações**

- É necessária informação epidemiológica adequada para políticas relacionadas à introdução de novas vacinas. Os países devem estabelecer estratégias de vigilância para fornecer informações críticas para as decisões relacionadas à introdução de novas vacinas, como as vacinas anti-pneumocócica, anti-meningocócica e contra o rotavírus. Os Comitês Nacionais de Práticas de Imunização devem participar integralmente neste processo. Deve-se dar uma atenção especial à sustentabilidade do financiamento quando se toma a decisão de incluir uma nova vacina.

## **Vacinas de Qualidade**

A OPAS tem apoiado os esforços dos países no sentido de usar vacinas de qualidade nos programas de imunização fortalecendo as autoridades reguladoras nacionais, assegurando que as funções reguladoras sejam implementadas adequadamente através do desenvolvimento de um sistema regional para teste de qualidade de vacinas e assegurando que os produtores locais de vacina cumpram as boas práticas de produção e exigências nacionais/internacionais.

### **Recomendações**

- Os governos devem garantir, através das Autoridades Reguladoras Nacionais e dos laboratórios nacionais de controle de qualidade, que somente vacinas de qualidade, importadas ou produzidas localmente e aprovadas por autoridades competentes, sejam usadas em programas nacionais de imunização e no setor privado. As Autoridades Reguladoras Nacionais devem usar os resultados das avaliações realizadas pela OMS acerca dos produtores de vacina, pré-qualificados para fornecer vacinas a agências das Nações Unidas, para facilitar o processo de licenciamento dessas vacinas nos países.

## **Manejo e sustentabilidade da Imunização**

Agora existe um consenso em relação ao papel desempenhado pelo setor da saúde para garantir o crescimento econômico sustentável e a redução da pobreza e, conseqüentemente, em relação à necessidade de acesso seguro a serviços de saúde essenciais, principalmente os que causam impacto substancial na redução dos custos da saúde, tais como os programas de imunização. Esse consenso proporciona aos programas de imunização uma oportunidade única de manter e expandir o alcance da imunização nas Américas, e assim continuar sendo um componente crucial para iniciativas visando a maior sobrevivência das crianças. Entretanto, isso exige a manutenção e/ou fortalecimento das instituições que apoiaram a execução de programas eficazes de imunização e vigilância, assim como a gestão eficaz das autoridades nacionais de saúde para assegurar um desempenho perfeito dos programas de imunização em todos os níveis do sistema de saúde de um país.

### **O impacto das reformas do setor da saúde sobre os programas nacionais de imunização.**

As mudanças na formulação e execução dos programas nacionais de saúde decorrentes da reforma e descentralização da saúde foram abordadas como uma oportunidade de garantir que os programas de imunização sejam aplicados de forma justa em todas as áreas de um país, bem como para ampliar o apoio à imunização em todos os níveis da sociedade. Na prática, essas mudanças sistemáticas representaram um desafio na implementação efetiva de programas nacionais de imunização de maneira uniforme. Foram identificadas deficiências principalmente na administração local das atividades de imunização e da vigilância, assim como na administração financeira e de recursos humanos. Além disso, não existe capacidade local para assegurar um fluxo contínuo de informação padronizada e de qualidade sobre doenças imunopreveníveis para todo o sistema de saúde até o nível regional.

### **Recomendações**

- Devem ser feitos esforços para seguir o exemplo de países nas Américas que desenvolveram uma legislação que estabelece uma verba específica no orçamento nacional para cobrir custos recorrentes associados à compra de vacinas e seringas. Essa legislação deve incluir também recursos para outros aspectos de um programa de imunização, tais como a contratação de pessoal, supervisão e operações.
- Deve-se utilizar indicadores de imunização para monitorar os processos de reforma do serviço de saúde e o desempenho dos serviços de saúde descentralizados.

## **Financiamento sustentável de programas de imunização**

Flutuações na alocação de recursos decorrentes de recessões econômicas estão colocando em risco a implementação de programas nacionais de imunização, podendo abrir caminho para custos mais altos no caso de um surto. Além disso, mesmo os níveis atuais de financiamento podem não ser suficientes, já que os países procuram simultaneamente atingir altos níveis de cobertura em todas as municipalidades, enquanto introduz novas vacinas importantes para a saúde pública que são mais caras. Para salvaguardar as conquistas da saúde pública e o impacto dos programas nacionais de imunização, assim como possibilitar seu crescimento contínuo, os países e a comunidade internacional, incluindo ministérios de finanças, precisarão iniciar um diálogo para identificar e avaliar opções para assegurar o financiamento estável de programas nacionais de imunização. Esse financiamento deve incluir recursos para identificação e eliminação de bolsões de baixa cobertura e a introdução de novas vacinas importantes para a saúde pública. As implicações financeiras da implementação adequada de programas de imunização devem ser apresentadas aos Ministros das Finanças

## **Recomendações**

- As autoridades da saúde devem mobilizar o apoio político para encontrar meios sustentáveis e efetivos de proteger os níveis de imunização durante recessões econômicas ou mudanças estruturais no setor da saúde.
- Devem ser feitos esforços para esclarecer o papel gestor dos Ministérios da Saúde na imunização, e para reforçar a responsabilidade técnica e financeira dos estados e municípios pelos sistemas descentralizados.
- Os Comitês Nacionais de Coordenação Interinstitucional devem incluir membros do Ministério das Finanças, para fortalecer o diálogo e a colaboração entre os dois setores.

## **Avaliação da qualidade da informação dentro dos programas nacionais de imunização**

O uso de informação sobre as doses administradas foi, e continua sendo, o método preferido para avaliar e monitorar os níveis de cobertura da vacinação na Região. Contudo, a avaliação da informação sobre a cobertura nacional por medidas diferentes mostra uma falta de concordância em vários países. Isso pode ser decorrente de erros na coleta e registro de informação sobre vacina nos centros de saúde. A avaliação da qualidade da informação em níveis diferentes é um importante componente da

administração da informação. A avaliação regular da qualidade da informação sobre os níveis de cobertura deve ser um componente integral das visitas de supervisão.

Em colaboração com os Ministérios da Saúde, a OPAS está desenvolvendo uma ferramenta de supervisão, baseada no trabalho realizado na Bolívia e no México, para avaliar a qualidade da informação sobre a cobertura. Essa ferramenta irá comparar a informação de fontes diferentes sobre as doses administradas para determinar sua confiabilidade.

### **Recomendações**

- A avaliação da qualidade da informação sobre o programa ampliado de imunizações (PAI) deve se tornar uma atividade regular dentro dos programas nacionais de imunização. Essa avaliação deve ser realizada no contexto das atividades de supervisão regulares. Os países também devem reforçar a capacidade de análise da informação, incluindo a identificação das municipalidades de alto risco e as causas de baixas coberturas, que deverá levar ao desenvolvimento de microplanos para corrigir os problemas identificados.
- As ferramentas desenvolvidas pela OPAS em colaboração com outros países devem ser disseminadas na Região para adaptação e uso local.

### **A Supervisão como Ferramenta Administrativa**

A supervisão não está sendo usada sistematicamente por todos os países da Região como uma ferramenta eficaz de administração local. Essa falta de supervisão regular contribuiu para a falha na identificação de áreas em risco de baixa cobertura da vacinação. Para melhorar os serviços rotineiros de imunização, a OPAS propôs o fortalecimento da supervisão regular em todos os estabelecimentos de saúde, como ferramenta educacional e como um meio de aumentar a responsabilidade no nível local.

### **Recomendações**

- Todos os países devem usar protocolos padronizados de supervisão que cubram os componentes do programa exigidos, incluindo no mínimo: 1) Práticas de vacinação e segurança da vacina; 2) Informação administrativa sobre vacinação, incluindo avaliação da qualidade dos dados; 3) Relatórios semanais sobre doenças imunopreveníveis; e 4) Programação e implementação de atividades de expansão da vacinação.
- Recursos financeiros suficientes devem ser alocados para a implementação da supervisão regular. Os planos nacionais e locais de ação devem sempre incluir um componente de supervisão.

## **Membros do GTA**

John Peter Figueroa  
Ministério da Saúde e Controle Ambiental  
Kingston, Jamaica

D.A. Henderson (Presidente)  
Escritório de Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento  
Escritório de Preparação para Emergências Públicas  
Departamento de Saúde e Serviços Humanos  
Washington, D.C., EUA

Akira Homma  
BIOMANGUINHOS Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)  
Rio de Janeiro, Brasil

Joseph Z. Losos\*  
Instituto de Saúde da População  
Ottawa, Ontario, Canadá

John R. La Montagne  
Institutos Nacionais de Saúde  
Bethesda, Maryland, EUA

Roberto Tapia-Conyer  
Ministério da Saúde  
México, D.F., México

Fernando Muñoz Porras  
Ministério da Saúde  
Santiago, Chile

Walter Orenstein (Relator)  
Centros de Controle e Prevenção de Doenças  
Atlanta, Georgia, EUA

Gina Tambini (Secretária ad-hoc)  
Divisão de Vacinas e Imunização  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, D.C., EUA

\* não compareceu