



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



132^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2003

Tema 4.12 da Agenda Provisória

CE132/20 (Port.)
28 abril 2003
ORIGINAL: INGLÊS

PANDEMIA DE GRIPE: PREPARAÇÃO NO HEMISFÉRIO OCIDENTAL

No passado, as pandemias de influenza ocorriam, a bem dizer, de surpresa. Em 1918, devido à ausência de um sistema de vigilância ativa, houve um atraso na identificação de uma pandemia, até que houvesse um grande crescimento da doença, devido a um tipo extraordinariamente diferente de vírus da influenza, que já havia se alastrado, e muito, em vários países. Ainda que houvesse procedimentos laboratoriais disponíveis para estudar os vírus da influenza, um número relativamente pequeno de amostras foi apresentado ao centro de referência que a Organização Mundial da Saúde (OMS) possuía, durante a pandemia de 1968. Atualmente, porém, há quatro Centros de Cooperação de Referência e Pesquisa da OMS, que tratam da Influenza. Todos os anos, esses centros caracterizam, isolam e identificam milhares de novos vírus, usando o seqüenciamento rápido de genomas, e comunicam os resultados. Além disso, hoje se sabe muito mais sobre os vírus da influenza que atacam os animais.

Contudo, ainda é impossível prever o início de uma pandemia de influenza, não se consegue preparar medidas de controle (como a fabricação de uma nova vacina) em tempo hábil, antes que a pandemia ataque, e a manutenção de estoques de medicamentos para o combate à influenza, em quantidades suficientes, não é uma proposta realista. Em conseqüência, deve-se fazer um planejamento, no que se refere às pandemias, para que se possa alcançar dois objetivos: a avaliação eficaz do risco apresentado por novos vírus; e a administração eficaz do risco quando surgirem novos vírus capazes de se propagar em grande escala e causar uma doença grave.

A cooperação técnica prestada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) acelerará o desenvolvimento e a implementação de planos nacionais e sub-regionais de combate a pandemias, dando ênfase às áreas da administração geral, da vigilância, das estratégias de vacinação, dos serviços, equipamentos e produtos médicos, das comunicações. Os atuais comitês de preparação para situações de emergência, de âmbito nacional, devem implementar grupos de trabalho multidisciplinares, de âmbito nacional, para fins de planejamento; esses grupos deverão ser responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias de longo prazo, apropriadas para seus países, antes que ocorra a próxima pandemia. A responsabilidade pela administração do risco da influenza pandêmica recai, principalmente sobre as autoridades em nível nacional. O Subcomitê de Planejamento e Programação examinou o documento e se inteirou, com satisfação, das medidas adotadas pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) no que se refere à preparação para uma pandemia de influenza. Solicita-se que o Comitê Executivo faça recomendações aos Países Membros e à Repartição Sanitária Pan-Americana, nesse sentido.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Situação epidemiológica, prevenção e controle.....	4
A cooperação técnica na atualidade.....	7
Estratégias da OPAS e a OMS para a Vigilância, Prevenção e Controle da Influenza	8
Atividades programadas	9
Ação por parte do Comitê Executivo.....	11
Anexo	

Introdução

1. Durante o último século, pandemias de influenza afetaram segmentos diferentes da população mundial com graus diversos de repercussão. Durante a pandemia de Gripe Espanhola de 1918-1919, posteriormente atribuída ao vírus tipo H1N1, mais de 500.000 pessoas nos Estados Unidos, e mais de 20 milhões de pessoas no mundo inteiro morreram devido às complicações relacionadas com a influenza. Quase a metade dos mortos se encontravam na faixa dos 20 a 40 anos de idade, e foram observadas taxas de letalidade de 30% entre as mulheres grávidas. Aproximadamente 70.000 mortes foram atribuídas à Gripe Asiática de 1957-1958, e cerca de 34.000 mortes foram atribuídas à Gripe de Hong Kong de 1968-1969, somente nos Estados Unidos. A taxa clínica de ataque durante epidemias varia de 10% a 20% na população em geral a mais de 50% em comunidades fechadas, como clínicas para idosos. Sabemos muito pouco sobre o impacto da influenza sobre a saúde pública em zonas tropicais, onde a transmissão viral pode ocorrer durante todo o ano. Mais de 90% dos mortos, nos Estados Unidos, devido à influenza, têm 65 anos de idade ou mais. Hospitalizações estão concentradas em subgrupos de população nas extremidades do espectro de idades, e naqueles em que as doenças respiratórias e cardiovasculares crônicas são uma característica subjacente.

2. Os tipos mais importantes do vírus da influenza humano são os tipos A e B, que se classificam com base em dois antígenos superficiais: a hemaglutinina (H) e neuraminidase (N). O *vírus da influenza A* tem vários subtipos, dois dos quais, o H1N1 e o H3N2, são atualmente, importantes, sob o ponto de vista epidemiológico. A instabilidade dos vírus da influenza resulta em mudanças constantes, e geralmente pequenas, na sua composição antigênica, um fenômeno conhecido como movimento antigênico, e por isso é necessário introduzir mudanças anuais correspondentes na composição das vacinas contra a influenza.

3. O que mais causa preocupação, sob o ponto de vista de saúde pública, é a modificação súbita e substancial do *vírus da Influenza A*, através de mutação ou através da troca de genes entre os vírus da influenza ou da transferência do vírus inteiro, de uma espécie de hospedeiro para outra, criando subtipos novos, geneticamente diferenciados, em um processo conhecido como mutação antigênica. O resultado é o aparecimento repentino de um novo tipo de vírus contra o qual a população pode não ter nenhuma imunidade e contra o qual nenhuma vacina existente pode conferir a proteção. É impossível prever quando pode ocorrer a próxima grande mutação, resultando em uma pandemia. Anteriormente, pandemias de influenza ocorreram, em média, três a quatro vezes em cada século, quando novos tipos de vírus surgiam devido à mutação antigênica e facilmente transmitidos de pessoa para pessoa. Se um vírus pandêmico de influenza aparecer novamente, a maior incidência e velocidade das viagens internacionais, as altas densidades populacionais em muitas regiões, e a maior urbanização aumentarão a

probabilidade de propagação e podem implicar sérias restrições adicionais no estabelecimento e na implementação, em tempo hábil, de medidas de controle de saúde pública. Embora não seja viável deter a propagação de um vírus da influenza pandêmico, a meta deve ser limitar a carga de morbidade, reduzir ao mínimo os problemas causados à sociedade, e reduzir os prejuízos econômicos.

4. Episódios recentes de tipos de micro-organismos provenientes de animais que causam doenças em seres humanos servem para corroborar as opiniões de especialistas, segundo as quais uma nova pandemia é inevitável. Modelos epidemiológicos projetam que outra pandemia tem grandes probabilidades de resultar em 57 a 132 milhões de visitas de pacientes ambulatoriais, 1,0 a 2,3 milhões de internações em hospitais e 280.000 a 650.000 mortes em menos de dois anos, somente nos países industrializados.

Situação epidemiológica, prevenção e controle

5. A vigilância virológica é o alicerce no qual os sistemas de vigilância de influenza, em nível nacional e internacional se baseiam. Dentro de um país, a vigilância virológica pode consistir de um único laboratório nacional ou de uma rede nacional de laboratórios, que fornecem informações a um laboratório central do país, o qual, por sua vez, compila os dados e os remete à OMS. Os dados virológicos podem ser transmitidos pelo laboratório nacional à OMS por meio do FluNet, o sistema de notificação baseado na Web (rede mundial de computadores).

6. As ocorrências de influenza nas Américas são informadas por 16 países com centros de referência nacionais para a vigilância de influenza: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, Jamaica, México, Peru, Trinidad e Tobago, Estados Unidos, Uruguai, e Venezuela. A Bolívia e o Paraguai começaram a prestar informações em 2000, mas não possuem centros de referência nacionais certificados. Os países que possuem mais de um centro são: Argentina (3), Brasil (3) e Chile (3); o Canadá e os Estados Unidos também têm muitos centros. Entre os acima mencionados, há uma grande variedade de procedimentos de trabalho de laboratório e de capacitação técnica. Contudo, todas as instituições fazem imunofluorescência e isolamento na cultura de tecidos, e alguns fazem a reação em cadeia da polimerase, inibição de hemaglutinação, isolamento em ovos e/ou seqüenciamento.

7. Os centros de referência nacionais têm sido essenciais no desenvolvimento da capacidade técnica na América Latina, incluindo a transferência de tecnologias. Os Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças (CDC) têm fornecido reagentes padrão.

8. Um subconjunto de isolados é enviado ao Centro de Colaboração Para o Tratamento da Influenza da OMS para as Américas no CDC para a identificação completa e caracterização antigênica. Os espécimes para o isolamento do vírus são colhidos por meio de uma rede de vigilância permanente de hospitais de pronto-socorro, ambulatórios, médicos particulares, ou organizações para investigação de surtos de doenças respiratórias. Os países participantes na Rede de Influenza notificam a morbidade, a mortalidade, os dados epidemiológicos, o número de casos da pneumonia e outras doenças respiratórias, o número de amostras estudadas, e os tipos de vírus. Na realidade, a maioria dos países ampliou a variedade de vírus testados, de modo a incluir o adenovírus, o vírus sincicial respiratório e o vírus parainfluenza.

9. Entre 1991 e 1995, o número de tipos de vírus caracterizados, da América Latina, foi relativamente baixo. Foi observado um aumento a partir de 1997, quando a vigilância e o treinamento laboratorial organizados pela OPAS pelo CDC foram implementados; e as empresas privadas de fabricação de vacinas patrocinaram o trabalho de laboratório. Outras melhorias ocorreram desde o estabelecimento da Rede de Combate a Doenças Infecciosas Emergentes do Cone Sul, em 1998. Embora o número de amostras e isolados dependa do nível de atividade de influenza a cada ano, é encorajador saber que 1.454 e 1.296 tipos de vírus foram isolados em 1999 e 2002 (até agosto), respectivamente. Os especialistas dos laboratórios observaram um aumento da qualidade do trabalho dos centros de referência nacionais, os quais, por sua vez, apresentaram maior tipificação e caracterização viral. Um desempenho notável foi observado na Argentina, cuja rede de 62 médicos em trabalho de vigilância, 24 laboratórios provinciais e 3 centros de referência nacionais apresentou 550 amostras positivas originais da influenza através do método imunofluorescente rápido e 273 isolados rápidos do vírus da influenza em 2001 (250 A/Panama/2007/99 (H3N2); 1 A/New Caledonia/20/99 A/Novo (H1N1); 16 B/Johanesburg/5/99; 3 B/Sichuan/379/99; 1 Influenza A (H3N2); e 2 Influenza A sem caracterização).

10. Lamentavelmente, a maioria das amostras colhidas provém de crianças hospitalizadas, com menos de 5 anos de idade. Nessa população, a taxa de vírus da influenza detectada está em torno de 5%. Na América Latina a melhor taxa de detecção de influenza foi obtida no grupo de adultos e crianças que consultaram os médicos envolvidos com o trabalho de vigilância, que apresentavam uma síndrome similar à influenza. O índice de detecção do vírus da influenza nesse grupo foi de 21,4% para o Tipo A e 2,5% para o tipo B. Graças a esses resultados, foi possível colher tipos de vírus para serem incluídos como candidatos para a produção de vacinas para o Hemisfério Sul. Continuamos a instar os países participantes para que aumentem o número de isolados e remessas para o Centro de Colaboração Para o Tratamento da Influenza da OMS para as Américas no CDC. Em condições ideais, os países procuram enviar três remessas correspondentes ao começo, pico e final da temporada de influenza. Contudo, há ainda

obstáculos logísticos e financeiros no transporte dessas amostras. As empresas aéreas e de entrega rápida freqüentemente se negam a transportar material biológico, potencialmente perigoso, mesmo quando tal material é preparado por profissionais certificados em conformidade com as diretrizes padrão da IATA. A OPAS tem facilitado a liberação na alfândega e fornecido recursos limitados para custear as remessas.

11. O entusiasmo de países para participar em atividades de vigilância de influenza foi motivado, em parte, pelas necessidades das autoridades nacionais de usar os dados locais para tomar decisões conscientes, no que se refere às políticas de vacinação.

12. A maioria dos países das Américas, atualmente, não incluem a influenza na sua política de imunização. Apenas a Argentina (desde 1993), o Brasil, o Canadá, o Chile, Cuba, o México, os Estados Unidos, e o Uruguai possuem programas anuais de vacinação contra influenza para idosos. Além disso, as políticas de vacinação do Brasil, do Canadá, do Chile, dos Estados Unidos e do Uruguai incluem pessoas de outras faixas etárias, de alto risco, no que se refere às complicações originárias da influenza.

13. Há poucas informações sobre o alcance da vacinação nos países latino-americanos. O público-alvo das campanhas de vacinação contra a influenza no é formado por pessoas de 65 anos ou mais – campanha de 1999-2001, e 60 anos ou mais – campanha de 2002; 74% a 87% desses subgrupos populacionais foram vacinados. O número de doses administradas vem crescendo a cada ano, de 7.519.114 doses em 1999 para 11.026.124 em 2002. O Uruguai oferece vacinação contra influenza para idosos desde 1996. A campanha de vacinação de influenza de 2002 no Uruguai conseguiu vacinar 233.346 das 815.592 pessoas com mais de 55 anos de idade (29%). Apesar do fato de que o Uruguai vacinava pessoas com 60 anos ou mais, a faixa etária mudou para 55 ou mais em 2002. A vacina também é oferecida às pessoas de outras faixas etárias com fatores de risco associados às complicações da influenza. A abrangência da vacinação no Uruguai variou de 31% para 41% no período de 1996 a 2001. A Argentina tem um programa de vacinação contra influenza para idosos desde 1993; aproximadamente 4 milhões de doses da vacina contra a influenza foram adquiridos no país em 2002. O Chile vacina as pessoas com 65 anos ou mais, os funcionários da área de saúde, e as pessoas com doenças crônicas registradas no sistema de saúde pública. Todos os anos, o Chile vacina aproximadamente 1,5 milhão de pessoas, abrangendo mais de 95% entre os cidadãos de 65 anos ou mais.

14. Atualmente a OMS possui uma lista de 27 laboratórios que produzem a vacina contra a influenza, e a OPAS adquire vacinas de 9 deles (Baxter, SmithKline, Pasteur-Merieux, Chiron Behring e Chiron Biocine, Swiss Serum and Vaccine Institute, Evans Medical, Connaught, e Wyeth). Na América Latina, o Instituto Butantan, do Brasil, tem

um convênio com a Merieux-Connaught para a transferência de tecnologia para a produção de vacinas. Atualmente, o Brasil compra vacinas a granel.

A cooperação técnica na atualidade

15. A vigilância contra a influenza nas Américas é uma parte integrante da vigilância global referente à influenza, que foi estabelecida pela OMS em 1947. O sistema global proporciona informações sobre os tipos de vírus de influenza que se encontram em circulação e as tendências epidemiológicas. Essas informações são originárias de 112 centros de influenza nacionais em 83 países, e de quatro Centros de Colaboração de Pesquisa e Referência Sobre a Influenza, da OMS (Atlanta, Londres, Melbourne, e Tóquio).

16. A divulgação das informações sobre a vigilância é facilitada por uma rede baseada na web, conhecida como FluNet. Além de proporcionar orientação para a composição anual de vacinas recomendadas, a rede opera como um sistema de aviso antecipado para o caso de surgirem novos tipos de influenza e de vírus.

17. Desde 1997, a OPAS, em parceria com a OMS e o CDC, vem organizando numerosos cursos de treinamento para a vigilância em laboratórios. Isso se tornou possível devido à Rede do Cone Sul para Doenças Infecciosas Emergentes, com o apoio da OPAS e do CDC. Essa rede tem dado ênfase à implementação de protocolos comuns com sistemas de garantia da qualidade, transferência de tecnologia e crescimento da produção e distribuição de reagentes.

18. Os países do Cone Sul reconheceram o próprio despreparo para controlar uma epidemia de influenza da grande magnitude; portanto, foi tomada uma decisão no sentido de se desenvolver planos de contingência abrangentes, em nível nacional e sub-regional, para lidar com uma pandemia de influenza, com a cooperação técnica da OPAS. Esses planos não devem apenas tratar da disponibilidade da vacina e subgrupos populacionais para atribuir prioridade para a imunização, mas também deve incluir questões que envolvem a manutenção de estoques de quimioprofilaxia, o treinamento clínico, a assistência médica em massa, a vigilância, a prevenção, e a comunicação social. Em 2002, foi realizado um seminário, organizado pelo Programa de Doenças Transmissíveis da OPAS e a Divisão de Vacinas e Imunização, com a participação da Argentina, do Brasil, do Chile e do Uruguai, para elaborar planos de contingência em nível nacional. Graças à colaboração do Instituto Malbran, na Argentina, foi disponibilizada uma versão em espanhol do Plano da OMS para o Tratamento e Controle Global de uma Pandemia de Influenza, para ser usada como base para esse seminário.

19. Antes do começo – previsto - da temporada de influenza, os centros nacionais de influenza recebem um conjunto de reagentes de diagnóstico de laboratório; com esse

material eles devem ser capazes de determinar o tipo e o subtipo dos vírus da influenza que se encontram em circulação durante a temporada. Esse conjunto é fabricado para a OPAS e para a OMS pelo Centro de Colaboração Sobre a Influenza da OMS para as Américas, localizada no CDC, em Atlanta, Geórgia, EUA e é distribuído gratuitamente a todos os centros.

20. A questão do transporte dos espécimes biológicos vem sendo tratada através do treinamento e da certificação de ao menos um profissional, em nível nacional, e uma equipe da OPAS no país, para o manuseio e envio de amostras, em conformidade com as normas de bio-segurança da Associação Internacional de Transporte Aéreo (IATA).

21. Há muitos anos a OMS vem realizando uma consulta em meados de fevereiro para formular uma recomendação para a composição de vacinas não-ativadas contra a influenza, que se destinam à utilização, no inverno subsequente, no Hemisfério Norte (de novembro a abril). Como as epidemias de influenza ocorrem em épocas diferentes do ano em partes diferentes do mundo, o vírus da influenza está mudando constantemente, e o uso de vacinas está crescendo em todo o mundo, a necessidade de examinar a recomendação duas vezes ao ano se tornou evidente. Desde 1998, uma segunda recomendação é feita todos os anos, no mês de setembro, para que as vacinas sejam usadas no inverno seguinte no Hemisfério Sul (de maio a outubro) com a participação de um especialista latino-americano.

22. A OMS também designou um Centro de Colaboração para o estudo dos vírus da influenza em animais. Esse Centro, baseado em Memphis, Tennessee, EUA, ajuda a OMS a identificar os vírus isolados, originários de diferentes espécies de animais, e faz pesquisas sobre a relação entre os tipos de vírus que ocorrem em seres humanos e aqueles que ocorrem em animais.

Estratégias da OPAS e da OMS para a Vigilância, Prevenção e Controle da Influenza

23. Mesmo na ausência de uma pandemia, o temor público pode crescer rapidamente quando alguns casos da infecção em seres humanos, causados por um novo subtipo de vírus, ocorrem, como foi o caso nos Estados Unidos em 1976 e em Hong Kong no final de 1997. Tal temor acerca da existência de uma nova - e perigosa - forma de vírus da influenza apresenta grandes desafios para as autoridades da área de saúde e para os líderes nacionais, mesmo antes de confirmação da propagação endêmica de um novo vírus. Para melhor lidar com os "falsos alarmes", resultantes de uma vigilância intensiva, foi definida uma série de "Níveis de Preparação" que podem ser implementados antes do começo de uma pandemia (veja o Anexo). A OPAS participará, em conjunto com a OMS, na declaração de cada fase desses níveis.

24. Isto deve ajudar a OPAS e a OMS na notificação de infecções por novos vírus que ocorrem em seres humanos e a dar início às reações preventivas, sem criar pânico desnecessário. Tal enfoque é particularmente importante em uma época em que as informações são compartilhadas tão rapidamente por meios eletrônicos. Deve-se dar continuidade aos esforços especiais para ampliar a capacidades de uso das comunicações eletrônicas pelas pessoas responsáveis pela vigilância ou pela avaliação e gerenciamento da resposta a novos vírus da influenza, e para a divulgação, de forma ordenada, dos relatórios sobre a situação.

25. As diferentes características das ocorrências anteriores mostram a necessidade de planos da contingência flexíveis capazes de responder eficientemente a uma ameaça pandêmica. Uma diretriz preparada pela OMS (*Plano de Preparação para uma Pandemia de Influenza. A Função da OMS e das Normas para o Planejamento Nacional e Regional, Genebra, Suíça, Abril de 1999*) tem a finalidade de ajudar a Organização e seus Países Membros a se prepararem para cumprir suas funções e responsabilidades neste sentido.

Atividades programadas

26. Para que se possa estar mais bem preparado para o sucesso de uma pandemia de influenza e reduzir a morbidade e a mortalidade devida às epidemias anuais de influenza, as seguintes questões precisam ser tratadas:

(a) O melhoramento na qualidade e na abrangência da vigilância de influenza. A vigilância integrada, referente aos vírus e às doenças, deve contar com o apoio das seguintes atividades: avaliação dos centros nacionais de influenza e da capacidade que os sistemas de saúde têm de reagir; padronização de métodos e treinamento de vigilância laboratorial e de doenças (desenvolver reagentes/manuais, ministrar treinamento e aplicar testes de capacitação); facilitação do transporte de isolados/amostras de influenza; identificação de brechas e ampliação da abrangência geográfica; e ampliação da vigilância da influenza nos animais.

A OPAS cooperará com os países nessas atividades, continuará a compilar e analisar os dados sobre a ocorrência dos vírus da influenza, e apresentará essas informações às autoridades sanitárias. Há negociações em andamento para se firmar um convênio com uma empresa de entrega rápida que possui alcance regional de serviços, para o transporte de amostras.

(b) Desenvolvimento de planos, no nível nacional, para quando surgir uma pandemia. As autoridades, em nível nacional, são, antes de tudo, responsáveis pela preparação e pela administração de riscos associados a uma possível pandemia de influenza, que deve, pelo menos, incluir provisões para a hospitalização e

tratamento de um grande número de pessoas em um curto período de tempo, a produção e a armazenagem de vacinas e antivírus, e a comunicação de riscos. A OPAS recomenda enfaticamente que todos os países estabeleçam, sob a égide dos atuais comitês de preparativos para situações de emergência nacionais, uma equipe de trabalho multi-disciplinar, em nível nacional, para o planejamento pandêmico, responsável do desenvolvimento de estratégias apropriadas para prepará-los para a próxima pandemia. Devido à complexidade das questões descritas acima, a Equipe de Trabalho se beneficiará da inclusão de representantes do conselho consultivo de práticas de imunização – em nível nacional, dos profissionais dos programas de vacinação do país, da vigilância epidemiológica, dos laboratórios de referência, das autoridades normativas, dos sistemas de prestação de serviços de saúde, entre outros.

A OPAS preparou, em colaboração com o Instituto Malbran, na Argentina, uma versão em espanhol das normas para planos pandêmicos nacionais, e continuará a prestar cooperação técnica para o desenvolvimento de tais normas nos Países Membros.

- (c) Estudos de epidemias de influenza para calcular o impacto e os prejuízos econômicos de uma possível pandemia nos grupos de alto risco e na população em geral. Alguns países deram início a estudos para avaliar o impacto da influenza. A OPAS promoverá e apoiará estudos para avaliar a carga de morbidade em alguns países adicionais.
- (d) A avaliação do uso de vacinas e produtos anti-vírus disponíveis em caso de uma pandemia. A OPAS colaborará com os países.
- (e) A promoção de transferência de tecnologia e de parcerias para a produção de vacinas contra a influenza em países da Região. A OPAS deve estimular a produção de vacinas contra a influenza por fabricantes regionais de acordo com as boas práticas de manufatura, em países onde as autoridades normativas nacionais cumprem as funções recomendadas da OMS.
- (f) O melhoramento da abrangência da vacina contra a influenza entre grupos de alto risco durante as epidemias anuais. A OPAS redigiu recomendações específicas a respeito dos grupos prioritários para a vacinação contra influenza. Esse documento preliminar será submetido à apreciação do Grupo Técnico Consultivo sobre Doenças Preveníveis por Vacinação da Divisão de Vacinas e Imunização da OPAS, e servirá de diretriz para a cooperação técnica com os países para estabelecer políticas e metas de imunização em nível nacional. Deve-se solicitar, aos comitês consultivos de práticas de imunização em nível nacional que examinem e apoiem a implementação das recomendações.

- (g) O melhoramento do controle dos surtos de influenza em ambientes de limites estabelecidos. Os países devem desenvolver equipes de rápida reação para investigar e controlar os surtos de influenza, levando em consideração o uso de antivirais e vacinas durante epidemias anuais em ambientes de limites estabelecidos. A OPAS está preparando diretrizes para o controle de surtos de influenza.

27. As atividades descritas são essenciais para que se esteja preparado para uma pandemia. A OPAS elaborará um plano de ação baseado no Programa Global da OMS para Vigilância e Controle de Influenza.

Ação por parte do Comitê Executivo

28. O Comitê Executivo está convidado para fazer observações e recomendações sobre a situação referente à da vigilância, laboratório, e vacinas/imunização e às atividades programadas relacionadas com planos de preparativos para pandemias de influenza em nível nacional e internacional.

Anexo

Níveis de Preparação para os Períodos Interpandêmicos, Pandêmicos e Pós-pandêmicos			
Fase	Caracterizada por	Explicação	Ações a Serem Empreendidas pela OPAS/OMS
Fase 0, Nível de Preparação 0		Não há informações sobre qualquer novo tipo de vírus.	Coordenar um programa de vigilância internacional para a influenza em seres humanos, com a assistência de quatro Centros de Colaboração.
Fase 0, Nível de Preparação 1	Aparecimento de um novo tipo de influenza em um caso humano	Esse Nível de Preparação existirá depois do(s) primeiro(s) relatório (s) do isolamento de um novo subtipo de vírus, sem prova clara da propagação de tal vírus ou da atividade de surto associada ao novo vírus.	Anunciar, com a ajuda da sua equipe de trabalho, e após consulta internacional, esse Nível de Preparação 1. Coordenar esforços internacionais para ajudar autoridades nacionais e locais a prestar informações sobre o vírus pandêmico em potencial, ao confirmar a infecção de seres humanos por um novo tipo. Incrementar as atividades da rede de vigilância laboratorial.

Níveis de Preparação para os Períodos Interpandêmicos, Pandêmicos e Pós-pandêmicos (cont.)			
Fase	Caracterizada por	Explicação	Ações a Serem Empreendidas pela OPAS/OMS
Fase 0, Nível de Preparação 2	Infecção humana confirmada	Esse Nível de Preparação existirá quando houver confirmação de que duas ou mais infecções humanas ocorreram com um novo subtipo de vírus, mas onde a capacidade do vírus de ser propagar facilmente de pessoa para pessoa e causar surtos múltiplos da doença que resultem em epidemias continua discutível.	<p>Anunciar, com a ajuda da sua equipe de trabalho e após consulta internacional, o Nível de Preparação 2.</p> <p>Incentivar e auxiliar o país onde os primeiros casos foram detectados, no sentido de aperfeiçoar a vigilância e a diagnose, e organizar investigações especiais no intuito de incrementar a compreensão da possibilidade e do impacto do novo vírus.</p> <p>Desenvolver uma definição de casos a ser usada na vigilância para a detecção de um novo subtipo de vírus.</p> <p>Convidar um grupo de países para participar na determinação da prevalência dos anticorpos contra o novo vírus na população em geral.</p> <p>Promover o incremento da atividade de vigilância, em nível regional ou internacional.</p> <p>Promover o desenvolvimento e a avaliação de candidatos para a produção de vacinas contra o novo tipo de influenza.</p> <p>Promover o desenvolvimento dos reagentes necessários para determinar a identidade e a potência das vacinas preparadas com o novo tipo.</p> <p>Promover o planejamento de contingência para ensaios pré-clínicos e clínicos de vacinas.</p> <p>Promover o desenvolvimento de estratégias para o uso mais eficaz de vacinas recém desenvolvidas.</p> <p>Recomendar às autoridades sanitárias nacionais que adotem medidas da contingência que facilitem a ativação dos seus Planos de Nacionais de Preparação para Pandemias.</p>

Níveis de Preparação para os Períodos Interpandêmicos, Pandêmicos e Pós-Pandêmicos (cont.)			
Fase	Caracterizada por	Explicação	Ações a Serem Empreendidas pela OPAS/OMS
Fase 0, nível de preparação 3	Transmissão humana confirmada	Esse Nível de Preparação existirá quando a transmissão humana do novo subtipo de vírus tiver sido confirmada através da prova clara da propagação de pessoa para pessoa em meio à população em geral, casos secundários resultantes do contato com um caso-índice, com pelo menos um surto com duração de um período mínimo de duas semanas em um país.	<p>Anunciar, com a ajuda da sua equipe de trabalho, após consulta internacional, o Nível de Preparação 3.</p> <p>Divulgar a definição de casos a ser usada na vigilância referente ao novo subtipo de vírus.</p> <p>Facilitar a distribuição, a todos os fabricantes interessados, dos vírus-candidatos para vacina desenvolvidos como parte das atividades do Nível 2 de Preparação.</p> <p>Convocar os seus especialistas em composição de vacinas contra a influenza para desenvolver, divulgar e promover ensaios clínicos coordenados de vacinas contra o novo tipo de vírus.</p> <p>Convocar os seus especialistas em composição de vacinas contra a influenza para desenvolver maneiras de aumentar ao máximo a disponibilidade das vacinas em todo o mundo.</p> <p>Aperfeiçoar a divulgação de informações de modo a proporcionar informações em tempo hábil sobre a situação das pesquisas sobre o novo vírus, sua propagação e o desenvolvimento de respostas a ele.</p> <p>Entrar em contato com os fabricantes de vacinas e os governos dos países para falar sobre a capacidade e os planos para a produção e distribuição, em nível internacional, de uma vacina contra o novo vírus.</p> <p>Promover a coordenação internacional para a compra e distribuição da vacina entre vários países.</p> <p>Proporcionar diretrizes gerais a autoridades sanitárias nacionais tendo como base as melhores informações disponíveis para ajudar países individuais a definir as ações a serem empreendidas.</p>

Níveis de Preparação para os Períodos Interpandêmicos, Pandêmicos e Pós-Pandêmicos (cont.)			
Fase	Caracterizada por	Explicação	Ações a Serem Empreendidas pela OPAS/OMS
Fase 1	Confirmação do surgimento da pandemia	Será declarado o início de uma nova pandemia quando a OMS tiver confirmado que um vírus com um novo subtipo de hemaglutinina comparado com tipos epidêmicos recentes está começando a causar vários surtos em ao menos um país, e a se propagar em outros países, com padrões coerentes de doença que indiquem que grave morbidade e mortalidade provavelmente podem ocorrer em pelo menos um segmento da população.	<p>Anunciar, com a ajuda da sua equipe de trabalho, e após consulta internacional, o surgimento de uma nova pandemia de influenza: A fase 1.</p> <p>Fazer recomendações para a composição e use (dose e programações) de vacinas, e organizar consultas cujo objetivo é facilitar a produção e a distribuição de vacinas da maneira mais equitativa possível.</p> <p>Proporcionar uma orientação sobre o melhor uso dos medicamentos antivirais disponíveis contra o novo vírus.</p> <p>As medidas de reação, em nível nacional, devem ser implementadas com a maior rapidez possível segundo planos pandêmicos nacionais pré-determinados, atualizados de modo a levar em conta características específicas do novo subtipo e conhecimento da disponibilidade de vacina.</p> <p>Incrementar a monitoração e as informações sobre a propagação e o impacto do vírus.</p> <p>Procurar apoio na mobilização de recursos para países com recursos limitados através da parceria com diferentes organizações e organismos internacionais de ajuda.</p> <p>Trabalhar em conjunto com Escritórios Regionais conforme seja conveniente, para promover atividades comuns entre nações que enfrentem desafios similares em função da pandemia.</p>
Fase 2	Epidemias regionais e multi-regionais	Esse Nível de Preparação existirá quando surtos e epidemias estiverem ocorrendo em países múltiplos, e se propagando de região em região através do mundo.	<p>Anunciar, com a ajuda da sua equipe de trabalho e após consulta internacional, o surgimento de uma pandemia de influenza: A fase 2.</p> <p>Continuar trabalhando em conjunto com os Escritórios Regionais conforme seja conveniente, para promover atividades comuns entre as nações.</p> <p>Continuar monitorando e relatando a propagação e o impacto do vírus em âmbito mundial.</p> <p>Continuar organizando a distribuição de vacinas da maneira mais equitativa possível.</p> <p>Atualizar as diretrizes sobre a melhor utilização de medicamentos antivirais disponíveis contra o novo vírus.</p> <p>Procurar mais ajuda na mobilização de recursos para países com recursos limitados.</p>

Níveis de Preparação para os Períodos Interpandêmicos, Pandêmicos e Pós-pandêmicos (cont.)			
Fase	Caracterizada por	Explicação	Ações a Serem Empreendidas pela OPAS/OMS
Fase 3	Final de primeira onda pandêmica	O aumento da atividade de surtos nos países ou regiões inicialmente afetadas diminuiu - ou houve recuo - mas surtos e epidemias do novo vírus estão ainda ocorrendo em outros lugares.	Anunciar, com a ajuda da sua equipe de trabalho, e após consulta internacional, o surgimento de uma nova pandemia de influenza: A fase 3. Continuar trabalhando em conjunto com os Escritórios Regionais conforme seja conveniente, para promover atividades comuns entre as nações. Continuar monitorando e relatando a propagação e o impacto do vírus em âmbito mundial. Continuar organizando a distribuição de vacinas da maneira mais equitativa possível. Atualizar as diretrizes sobre a melhor utilização de medicamentos antivirais disponíveis contra o novo vírus. Procurar mais ajuda na mobilização de recursos para países com recursos limitados.
Fase 4	Segunda onda ou ondas posteriores da pandemia	Baseado em experiências anteriores, espera-se que pelo menos uma segunda onda de surtos causados pelo novo vírus ocorra em um período de 3 a 9 meses após a epidemia inicial em muitos países.	Anunciar, com a ajuda da sua equipe de trabalho, e após consulta internacional, o surgimento de uma nova pandemia de influenza: A fase 4. Continuar monitorando e relatando a propagação e o impacto do vírus em âmbito mundial. Estimar a quantidade de vacinas que ainda se faz necessária. Estimar a disponibilidade de medicamentos antivirais. Procurar mais ajuda na mobilização de recursos para os países com recursos limitados.
Fase 5	Final da pandemia (de volta à Fase 0)	A OMS avisará quando o Período da Pandêmico tiver chegado ao fim, o que provavelmente ocorrerá em um prazo de 2 a 3 anos.	Avaliação do impacto geral da pandemia. Avaliação das "lições aprendidas" em função da pandemia, que serão úteis na reação a pandemias futuras. Atualização do plano da pandemia de influenza da OMS.