

## 57º CONSELHO DIRETOR

### 71ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, de 30 de setembro a 4 de outubro de 2019

---

Tema 7.10-B da agenda provisória

CD57/INF/10  
16 de agosto de 2019  
Original: espanhol

#### **B. PLANO DE AÇÃO PARA ASSEGURAR A SUSTENTABILIDADE DA ELIMINAÇÃO DO SARAMPO, RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA NAS AMÉRICAS 2018-2023: RELATÓRIO DE PROGRESSO**

##### **Antecedentes**

1. O propósito deste documento é informar os Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o progresso da execução do *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023* (documento CSP29/8 e resolução CSP29.R11 [2017]) (1, 2). Este plano de ação foi aprovado para que os Estados Membros estabelecessem as intervenções necessárias para garantir a sustentabilidade da erradicação dessas doenças de acordo com as quatro linhas estratégicas de ação acordadas no referido plano.

##### **Análise do progresso alcançado**

2. Há mais de 40 anos, a Região das Américas exerce a liderança mundial na erradicação, eliminação e controle das doenças que podem ser prevenidas por vacina. Em abril de 2015, foi declarada livre do vírus endêmico da rubéola e, em setembro de 2016, livre do vírus endêmico do sarampo. No momento da redação deste relatório, 33 Estados Membros da Região continuam livres do sarampo, e os 35 Estados Membros estão livres da rubéola endêmica.

3. As seis regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS) propuseram a meta de eliminação do sarampo, e três regiões a meta de eliminação da rubéola. Apesar disto, a Região das Américas é a única no mundo que conseguiu alcançar esses objetivos. Essa situação mundial implica o risco permanente de se importar os vírus do sarampo e da rubéola, o que requer a consolidação de estratégias mundiais efetivas de erradicação e o compromisso no mais alto nível político nos fóruns mundiais de saúde pública.

---

4. Ademais, alguns países da Região das Américas vivenciam contextos nacionais, que afetaram a oferta de serviços de saúde e, conseqüentemente, o acesso a serviços de vacinação para a população mais vulnerável. Da mesma maneira, em alguns países da Região, a rapidez com que os sistemas de vigilância epidemiológicos detectaram casos importados se viu afetada, bem como a implementação das recomendações deste plano de ação, o que teria permitido uma resposta rápida para que o vírus não se propagasse nesses países em 2018. Apesar disso, a maioria dos países da Região que notificaram surtos de sarampo detectaram os casos importados de maneira oportuna e reagiram com rapidez até conseguir que se interrompesse a circulação do vírus, evitando grandes surtos em seus territórios nacionais.

#### ***Surto de sarampo na Região das Américas***

5. Em 2018, foram confirmados 16.821 casos de sarampo na Região das Américas, que representam uma taxa de incidência regional de 16,7 por milhão de habitantes: o índice mais alto na era da pós-eliminação.

6. Os fatores de risco deste aumento inusitado de casos se relacionam diretamente com as baixas coberturas de vacinação nos últimos anos nos Estados Membros. No Brasil e na Venezuela, as baixas coberturas em alguns estados desencadearam o restabelecimento da transmissão endêmica em junho de 2018 e em fevereiro de 2019, respectivamente, depois de 12 meses de circulação contínua do vírus do sarampo, genótipo D8, linhagem MVi/HuluLangat.MYS/26.11, em seus territórios nacionais.

7. Em 2018, o fenômeno migratório da Venezuela para os países da América do Sul foi um dos principais fatores que propiciou a rápida propagação do vírus. Isso facilitou a rápida importação de casos e o surgimento de surto em seis países: Argentina (14), Brasil (10.326), Chile (24), Colômbia (209), Equador (19) e Peru (42). Exceto pela Colômbia e Equador, os outros quatro países também notificaram a importação de casos de outras regiões do mundo. Além disso, devido à duplicação mundial dos casos de sarampo, cinco países notificaram casos importados de outras regiões do mundo. Antígua e Barbuda (1), Canadá (29), Estados Unidos da América (372), Guatemala (1) e México (5) (3). O Canadá e os Estados Unidos da América tiveram casos associados a essas importações.

8. De 1 janeiro a 16 de agosto de 2019, notificou-se um total de 3.272 casos confirmados de sarampo, incluindo uma morte, em 14 países e territórios da Região das Américas; desse total, 78% foram notificados no Brasil (42%) e nos Estados Unidos (36%).

#### ***Surto de sarampo na Venezuela (2017-2019)***

9. De julho de 2017 a 16 de agosto de 2019, a Venezuela confirmou 6.923 casos (727 em 2017, 5.779 em 2018 e 417 em 2019), o que representa uma taxa de incidência nacional acumulada de 22 casos por 100 mil habitantes. De 2017 a 2018, foram notificadas 78 mortes: duas em 2017 (em Bolívar); 76 em 2018 (37 em Delta Amacuro, 27 no Amazonas, oito em Miranda, três no Distrito Capital e uma em Bolívar). A faixa etária mais afetada foi a de menores de 15 anos de idade (taxa de incidência de

65 por 100 mil habitantes), principalmente os menores de um ano e as crianças de um a quatro anos (taxa de incidência de 316 e 303 por 100 mil habitantes, respectivamente). Ambos os sexos foram igualmente afetados. Setenta e nove por cento das mortes por sarampo foram documentadas em indígenas warao e sanema, bem como em outras comunidades indígenas de Delta Amacuro, Amazonas, Monagas e Zulia. Em julho de 2017, foi detectado o primeiro caso – uma criança de um ano, não vacinada, residente no estado de Bolívar –, vinculado à importação do vírus do sarampo, genótipo D8, linhagem MVi/HuluLangat.MYS/26.11, que naquele ano já tinha sido notificado em 17 países do mundo. A fonte de infecção do surto nunca pôde ser identificada.

10. Esse surto foi desencadeado em meio a um contexto nacional complexo, que, somado às baixas coberturas de vacinação, à acumulação de suscetibilidades em menores de 15 anos e a uma resposta demorada ao primeiro caso confirmado, permitiu que o vírus se propagasse com rapidez e que, em 30 de junho de 2018, fosse restabelecida a transmissão endêmica do sarampo (4). Os estados mais afetados em 2018 foram estes a seguir: Distrito Capital, Miranda, Vargas, Delta Amacuro, Bolívar e Amazonas. Em 2019, dois estados ainda têm transmissão ativa do vírus: Zulia e Anzoátegui, onde as condições críticas do país e a pouca disponibilidade de profissionais da saúde não têm permitido o controle da transmissão do vírus. No entanto, nesses estados, as equipes de vacinação disponíveis continuam levando adiante ações enérgicas e incisivas de vacinação e de contenção de surtos.

11. Apesar da situação delicada do sistema de saúde venezuelano, no segundo semestre de 2018, o país conseguiu organizar uma campanha de vacinação nacional (5), imunizando 8,8 milhões de crianças de seis meses a 15 anos de idade, bem como 460.844 indivíduos acima de 15 anos. Essa campanha teve o impacto esperado de conseguir a diminuição rápida dos casos de sarampo, alcançando 97% de cobertura nacionalmente. A OPAS/OMS prestou apoio permanente para a implementação das ações de contenção dos surtos de sarampo e difteria em todo o país, com a captação de recursos financeiros para a grande campanha nacional de vacinação, contratação de equipes de vacinação, participação de 36 consultores nacionais e internacionais e contratação de meios de transporte urbanos e rurais. Por conseguinte, o impacto foi contundente na redução do número de casos confirmados desde setembro de 2018.

### ***Surto de sarampo no Brasil (2018-2019)***

12. Desde 2017, o Brasil tem recebido um fluxo migratório de venezuelanos, principalmente nos estados vizinhos à fronteira entre os países, o que resultou na importação dos primeiros casos de sarampo. Até o fim de 2018, foi confirmado um total de 10.330 casos em 11 estados, que representam uma taxa de incidência nacional de cinco por 100 mil habitantes – as taxas de incidência mais altas por idade foram observadas nas faixas etárias de menores de um ano e de um a quatro anos de idade (63,2 e 10,3 por 100 mil habitantes, respectivamente), e na faixa de 15 a 19 anos (12,46 por 100 mil habitantes). O grupo de 15 a 29 anos concentrou 46% de todos os casos, e o grupo de menores de um ano de idade, 17% dos casos.

13. Em 2018, o Amazonas foi o estado com mais casos confirmados e com a taxa de incidência mais alta (9.803 casos; taxa de incidência de 240 por 100.000 habitantes); 95% de todos os casos do país, principalmente em Manaus, a capital do estado (9.012 casos). Roraima foi o segundo estado com mais casos confirmados (361 casos; taxa de incidência de 62,6 por 100.000 habitantes). Além disso, houve casos esporádicos importados de outras regiões do mundo, que foram detectados no Rio Grande do Sul, em São Paulo e no Rio de Janeiro.

14. Em 19 de fevereiro de 2019, restabeleceu-se no Brasil a transmissão endêmica depois de decorridos 12 meses de circulação contínua do mesmo genótipo D8, linhagem MVi/HuluLangat.MYS/26.11, importado originalmente da Venezuela. Em 16 de agosto de 2019, passaram-se 12 semanas desde o último caso de sarampo endêmico ocorrido no estado do Pará (surgimento do exantema em 5 de maio). Entretanto, em 2019, o Brasil confirmou 1.388 casos em nove unidades federativas; desse total, 1.307 casos (94%) foram notificados no estado de São Paulo, onde o vírus do sarampo se disseminou para 32 de 645 municípios. Identificou-se o genótipo D8, linhagem MVs/Gir Somnath.IND/42.16. As três faixas etárias com maior taxa de incidência acumulada entre os casos confirmados são: crianças menores de 1 ano (9,5 casos por 100.000 habitantes); 1 a 4 anos (3,6 casos por 100.000 habitantes); e 20 a 29 anos (2,9 casos por 100.000 habitantes). O surto ainda está ativo, com possibilidade de disseminação do vírus dentro e fora do estado e do país em razão da elevada densidade populacional e interconectividade mundial.

15. No Brasil, os fatores de risco relacionados aos surtos maiores no Amazonas e em Roraima foram a concentração de menores de cinco anos de idade, bem como de adolescentes e jovens adultos igualmente suscetíveis, que não haviam sido vacinados nas campanhas de aceleração da eliminação da rubéola (2008). De modo geral, a cobertura de vacinação de todas as vacinas caiu nos últimos dois anos no Brasil. Em 2018, a cobertura da primeira dose da vacina tríplice viral foi de 84% e da segunda dose 75%.

16. De agosto a setembro de 2018, o Brasil conduziu uma campanha nacional de vacinação contra o sarampo (meta: 11,2 milhões de crianças entre 1 e 4 anos). Em Roraima e no Amazonas (Manaus), adicionou-se a vacinação de bebês a partir de 6 meses de idade. No Amazonas adicionou-se também a vacinação de adolescentes e adultos jovens. A cobertura alcançada em nível nacional foi de 97,8%, aproximadamente 10,9 milhões de crianças vacinadas. A partir dessas ações enérgicas e de grande porte, o país conseguiu reduzir drasticamente a circulação do vírus no Amazonas. Desse modo, evitou-se a transmissão do vírus a outros estados do país. Até o final de 2018, Brasil já havia vacinado 22.962.051 pessoas de 6 meses a 49 anos de idade.

***Surto de sarampo na Colômbia (2018-2019)***

17. A partir de março de 2018, a Colômbia experimentou um grande fluxo migratório e múltiplas importações do vírus do sarampo da Venezuela. Foram confirmados 383 casos de sarampo (208 casos em 2018 e 175 casos em 2019), e foram investigados 10.305 casos suspeitos de sarampo (7.186 em 2018 e 3.119 em 2019). Em julho de 2019, notificou-se uma morte, de um menino de 3 meses, colombiano, do grupo étnico indígena Wayúu, de Uribia em La Guajira. Identificou-se o mesmo genótipo D8, linhagem MVi/HuluLangat.MYS/26.11, importado originalmente da Venezuela.

18. O primeiro caso confirmado foi o de um cidadão venezuelano que viajava por Medellín e apresentou exantema em 8 de março de 2018, e o último caso confirmado foi um venezuelano não residente que apresentou exantema em 10 de março de 2019 no departamento de La Guajira. Inicialmente, os casos confirmados eram de venezuelanos que chegavam à Colômbia ou estavam relacionados com a importação, cujas cadeias de transmissão não duraram mais de três meses. O primeiro caso de um colombiano que tenha originado cadeias de transmissão do vírus ocorreu no dia 27 de julho de 2018, em Cartagena. Atualmente, só dois departamentos têm casos importados recentemente da Venezuela com transmissão durante as últimas 12 semanas: La Guajira, Norte de Santander e Distrito de Cartagena.

19. Um total de 14 departamentos apresentaram casos, bem como os distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena e Santa Marta. Sessenta e oito por cento dos casos confirmados foram notificados em Cartagena, Barranquilla e Norte de Santander. A taxa de incidência mais alta é observada no grupo de menores de um ano (seis casos por 100 mil menores de um ano), seguido do grupo de um a quatro anos (1,74 por 100 mil habitantes). A Colômbia não implementou uma campanha nacional de vacinação como o fizeram a Argentina, o Brasil e a Venezuela, mas conseguiu interromper com êxito a circulação do vírus a partir da intensificação da vacinação para captar menores de cinco anos não vacinados e da implementação de doses gratuitas de vacina contra o sarampo e a rubéola para crianças de seis a 11 meses residentes nos municípios e distritos com surtos. Isso é reflexo do alto nível de imunidade populacional que o país alcançou nos últimos 15 anos, da vigilância adequada para a detecção oportuna de casos suspeitos e da capacidade de resposta rápida diante de cada caso importado.

***Surto de sarampo nos Estados Unidos (2018-2019)***

20. De janeiro de 2018 a 25 de julho de 2019, 1.536 casos de sarampo foram confirmados nos Estados Unidos; 372 em 2018 e 1.164 em 2019. Esse é o maior número de casos notificado desde que se declarou os Estados Unidos livre do sarampo em 2000. Os Estados Unidos tiveram alta cobertura nacional de vacinação contra o sarampo durante muitos anos; entretanto, a cobertura é menor em algumas comunidades.

21. Quatro estados têm surtos de sarampo em curso: Califórnia (Condado de Los Angeles), Nova York (Cidade de Nova York e Condado de Rockland), Texas (El Paso) e Washington. Esses surtos estão relacionados a viajantes que visitaram outros países, como Israel,

Filipinas e Ucrânia. Nos dois surtos em Nova York, o vírus do sarampo circula há 10 meses. Esses surtos estão ocorrendo em comunidades insuficientemente vacinadas e muito fechadas e houve disseminação limitada para comunidades vizinhas. A maioria dos casos em 2019 ocorreu em pessoas não vacinadas ou com situação vacinal desconhecida (89%). A maior proporção de casos foi notificada em crianças de 1 a 4 anos (32%), seguidas por crianças e adolescentes de 5 a 19 anos (27%). Os genótipos D8 e B3 foram identificados em casos de sarampo em 2019.

***Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola e comissões nacionais para o monitoramento da sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola***

22. A Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola foi criada pela Diretora da OPAS em janeiro de 2019. Seu objetivo é contar com uma entidade externa e independente da OPAS que permita o acompanhamento das ações dos países para cumprir as linhas estratégicas de ação, os objetivos e os indicadores do *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023*.

23. Além disso, os termos de referência desta Comissão incluem a elaboração de um quadro regional com novos princípios, critérios essenciais e estrutura dos planos de sustentabilidade para que a Região possa orientar os passos dos Estados Membros onde a transmissão endêmica se restabeleceu e que devem apresentar evidências da interrupção da circulação do vírus endêmico. De janeiro a maio de 2019, a Comissão realizou duas reuniões virtuais e duas visitas a países com surtos de sarampo, a saber, Brasil e Colômbia. Os Ministérios da Saúde desses países receberam com satisfação os relatórios dessas visitas.

24. As comissões nacionais para monitorar a sustentabilidade da eliminação desempenham um papel importante para apoiar o trabalho e acompanhar as recomendações da Comissão Regional. Esse plano tem uma linha estratégica de ação específica que avalia a necessidade dos países de manter as comissões nacionais para o acompanhamento dos planos anuais de sustentabilidade da eliminação de forma permanente.

***Lições aprendidas***

25. Uma das lições mais importantes da era pós-eliminação na Região das Américas é que quanto maior a velocidade de implementação de uma resposta rápida bem organizada, maior a probabilidade de se interromper a transmissão do vírus do sarampo a partir do momento em que se detecta um caso importado. Não basta manter altas coberturas de vacinação com duas doses de vacina ou detectar os casos suspeitos por meio de um sistema de vigilância passivo, essas estratégias sempre devem ser acompanhadas de uma resposta rápida com intervenções apropriadas. A OPAS/OMS realizou dez workshops de capacitação sobre resposta rápida para o nível nacional e subnacional e três workshops para

o nível sub-regional, o que propiciou boas práticas para interromper oportunamente a transmissão do vírus no restante dos países que tiveram casos importados.

### ***Cumprimento dos indicadores e das metas do plano***

26. Com relação ao progresso no cumprimento das quatro linhas estratégicas de ação, dos objetivos e dos indicadores do plano de ação (2018), apresenta-se a seguir uma tabela resumo com os dados oficiais consolidados até 30 de junho de 2019 sobre o cumprimento em 2018.

<b><i>Linha estratégica de ação 1: Garantir o acesso universal aos serviços de vacinação contra o sarampo e a rubéola da população-alvo do programa de vacinação de rotina e de pessoas de outras faixas etárias em risco</i></b>	
<b>Objetivo 1.1: Atingir 95% ou mais de cobertura de vacinação em crianças menores de cinco anos para conferir alta imunidade à população em geral</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Estado</b>
<p><b>1.1.1</b> Número de países que notificam uma cobertura da primeira dose da vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola de 95% ou mais em nível nacional.</p> <p>Linha de base: 20/35 países (2015) Meta: 30/35 países</p>	<p>Em 2018, 15 de 34 países da Região que informam dados cumpriram a meta de 95% de cobertura em nível nacional com a primeira dose da vacina tríplice viral.</p>
<p><b>1.1.2</b> Número de países que notificam uma cobertura da primeira dose da vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola de 95% ou mais em pelo menos 80% dos municípios (ou o equivalente).</p> <p>Linha de base: 15/35 países (2015) Meta: 25/35 países</p>	<p>Em 2018, 11 de 34 países da Região que informam dados cumpriram a meta de 95% de cobertura em nível nacional com a primeira dose da vacina tríplice viral em pelo menos 80% dos municípios.</p> <p>Os Estados Unidos não informaram as primeiras doses aplicadas por municípios, portanto foram excluídos da meta.</p>
<p><b>1.1.3</b> Número de países que notificam a cobertura da segunda dose da vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola de 95% ou mais em nível nacional.</p> <p>Linha de base: 6/30 países* (2015) Meta: 15/30 países*</p>	<p>Em 2018, 8 de 35 países da Região que informam dados cumpriram a meta de 95% de cobertura em nível nacional com a segunda dose da vacina tríplice viral.</p> <p>Em 2018, todos os países haviam introduzido a segunda dose da vacina tríplice viral.</p>
<p><b>1.1.4</b> Número de países que notificam a cobertura da segunda dose da vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola de 95% ou mais em pelo menos 80% dos municípios (ou o equivalente).</p> <p>Linha de base: 4/30 países* (2015) Meta: 12/30 países*</p>	<p>Em 2018, 8 de 33 países da Região que informam dados cumpriram a meta de 95% de cobertura em nível nacional com a segunda dose da vacina tríplice viral em pelo menos 80% dos municípios.</p>

Indicador, linha de base e meta	Estado
	Em 2018, todos os países haviam introduzido a segunda dose da vacina tríplice viral. Os Estados Unidos e o Canadá não informaram as segundas doses aplicadas por municípios, portanto foram excluídos da meta.
<p><b>1.1.5</b> Número e proporção de países que realizam campanhas de seguimento que atingem pelo menos 95% da meta nacional.</p> <p>Linha de base: 4/6 países (66%) (2015-2016) Meta: 80% de campanhas com mais de 95%**</p>	Em 2018, três de quatro países que realizaram campanhas de acompanhamento alcançaram a meta de pelo menos 95% de cobertura.

\* Apenas 30 países incluem nos seus esquemas nacionais de vacinação a segunda dose da vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola.

\*\* O número de países em que se deve alcançar a meta será definido pelo número de países que realizarem campanhas entre 2018 e 2023. O intuito é que pelo menos 80% atinjam as metas nacionais de 95%.

***Linha estratégica de ação 2: Fortalecer a capacidade dos sistemas de vigilância epidemiológicos do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita***

**Objetivo 2.1:** Monitorar a qualidade e a sensibilidade da vigilância epidemiológica do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita

Indicador, linha de base e meta	Estado
<p><b>2.1.1</b> Número de países que atingem o índice anual mínimo estabelecido de casos suspeitos de sarampo/rubéola (pelo menos dois casos suspeitos de sarampo/rubéola por 100 mil habitantes ao ano) e pelo menos três dos outros cinco indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pelo menos 80% dos casos suspeitos são adequadamente investigados.</li> <li>2) Pelo menos em 80% dos casos suspeitos são obtidas amostras séricas adequadas.</li> <li>3) Pelo menos 80% das amostras chegam ao laboratório para análise no prazo máximo de cinco dias.</li> <li>4) Pelo menos 80% dos resultados dos exames laboratoriais são informados no prazo máximo de quatro dias.</li> <li>5) Índice anual de casos suspeitos de síndrome da rubéola congênita (um por 10 mil nascidos vivos).</li> </ol> <p>Linha de base: 6/33* (2016) Meta: 15/33*</p>	Em 2018, 13 de 33 países cumpriram a taxa anual mínima estabelecida para casos suspeitos de sarampo e rubéola e pelo menos três dos outros cinco indicadores, o que representa um aumento de sete países representa em relação à linha de base de 2016.



<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Estado</b>
<p><b>2.1.2</b> Número de países que realizam a vigilância ativa de casos suspeitos de síndrome da rubéola congênita.</p> <p>Linha de base: 12/33* (2016) Meta: 20/33*</p>	<p>Em 2018, 10 de 33 países tiveram uma vigilância ativa dos casos suspeitos de síndrome da rubéola congênita, o que representa uma redução de dois países em relação à linha de base de 2016.</p>

\* Apenas 33 países informam os casos suspeitos de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita à OPAS.

***Linha estratégica de ação 3: Desenvolver as capacidades nacional e operacional dos países para sustentar a eliminação do sarampo e da rubéola***

**Objetivo 3.1:** Implementar e monitorar os planos de sustentabilidade da eliminação para fortalecer a capacidade nacional de resposta diante de casos importados de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita

<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Estado</b>
<p><b>3.1.1</b> Número de comissões nacionais que monitoram os planos de sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola.</p> <p>Linha de base: 24/24* (2016) Meta: 24/24*</p>	<p>Em 2018 e o primeiro trimestre de 2019, foram estabelecidas 14 de 24 comissões nacionais que monitoram os planos de sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola.</p>
<p><b>3.1.2</b> Número de países que apresentam relatórios anuais de execução dos planos de sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola.</p> <p>Linha de base: 35/35 (2016) Meta: 35/35</p>	<p>Em 2018, 18 dos 35 países da Região contam com relatórios anuais de execução de seus planos de sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola.</p>

\* Existem 23 comissões nacionais nos países, além de uma comissão sub-regional do Caribe de língua inglesa, constituídas para confirmar a eliminação. O intuito é que este número de comissões seja mantido para supervisionar a sustentabilidade da eliminação.

***Linha estratégica de ação 4: Estabelecer mecanismos padrão para a resposta rápida diante de casos importados de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita a fim de evitar o restabelecimento da transmissão endêmica nos países***

**Objetivo 4.1:** Estabelecer planos e grupos de resposta rápida diante de casos importados de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, a fim de evitar o restabelecimento da transmissão endêmica nos países

<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Estado</b>
<p><b>4.1.1</b> Número de países e territórios nos quais ocorreu o restabelecimento da transmissão endêmica dos vírus do sarampo ou da rubéola.</p> <p>Linha de base: 0/47 (2016)* Meta: 0/47*</p>	<p>Dois dos 52 países e territórios da Região restabeleceram a transmissão endêmica do sarampo: Venezuela (julho de 2018) e Brasil (fevereiro de 2019).*</p>

Indicador, linha de base e meta	Estado
<p><b>4.1.2</b> Porcentagem de países e territórios com surtos de sarampo ou rubéola que possuem um grupo de resposta imediata capacitado para evitar a disseminação da transmissão dos vírus destas doenças.</p> <p>Linha de base: 100%</p> <p>Meta: 100%</p>	<p>Em 2018, 92% dos países e territórios da Região (11/12) lançaram uma equipe de resposta rápida nacional e subnacional que evitou a disseminação do vírus do sarampo. Em 2019, 88% dos países e territórios (8/9) lançaram uma equipe de resposta rápida, o que evitou a disseminação do vírus do sarampo na Região.</p>
<p><b>4.1.3</b> Porcentagem de países e territórios com surtos de sarampo ou rubéola que possuem um plano de resposta rápida diante de casos importados.</p> <p>Linha de base: 100%</p> <p>Meta: 100%</p>	<p>Em 2018, 92% dos países e territórios da Região (11/12) com surtos de sarampo lançaram um plano de resposta rápida diante dos casos importados, o que evitou a disseminação do vírus.</p>

\* A Região das Américas abrange geograficamente 47 países e territórios (35 países e 12 territórios), e todos devem manter o status de livres de sarampo e rubéola.

### **Ação necessária para melhoria da situação**

27. A Região das Américas está enfrentando um dos maiores desafios na história da pós-eliminação devido às múltiplas importações do vírus do sarampo tanto de dentro como de fora da Região. Isso impõe a obrigação de implementar todas as medidas de prevenção e controle que a OPAS vem recomendando desde 2012. A seguir, resumem-se as ações necessárias para melhorar a situação:

- a) Os países nos quais a transmissão endêmica do sarampo foi restabelecida devem interromper a circulação do vírus aplicando as estratégias de sustentabilidade da eliminação, voltadas para aumentar a imunidade populacional com a vacinação, detectar e classificar rapidamente os casos suspeitos e responder com rapidez e eficiência a fim de evitar a dispersão do vírus. Tudo isso evitará períodos prolongados de circulação do vírus endêmico, o que põe em risco as conquistas da Região. Além disso, para conseguir a reavaliação da eliminação, esses países deverão apresentar suas respectivas evidências à Comissão Regional de Monitoramento e Reavaliação da Sustentabilidade da Eliminação do Sarampo, da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita.
- b) Os países devem priorizar em suas agendas políticas de saúde pública a apresentação de informações e o cumprimento dos indicadores das quatro linhas estratégicas de ação a fim de sustentar a eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. Só assim será possível dar continuidade ao trabalho de impedir a circulação dos vírus do sarampo ou da rubéola e, como consequência, o restabelecimento da transmissão endêmica desses vírus nos Estados Membros.

- c) Todos os países devem fortalecer a coordenação entre eles e, principalmente, as ações para aumentar a cobertura de vacinação, a vigilância epidemiológica e a capacitação das equipes de resposta rápida com o objetivo de impedir que o vírus seja disseminado quando detectado em seus territórios nacionais.
- d) Os países devem reativar as comissões nacionais para monitorar a sustentabilidade da eliminação, elaborar planos anuais de sustentabilidade da eliminação, os quais devem ser entregues à OPAS no início de cada ano. Ademais, deve-se assegurar o financiamento nacional necessário para respaldar as ações estabelecidas nestes planos.
- e) Os países devem pôr em andamento estratégias de comunicação social a fim de assegurar a confiança na vacinação e, assim, alcançar um alto nível de imunidade da população por meio do aumento da cobertura de vacinação de crianças e faixas etárias mais maduras e profissionais da saúde e com ocupações de alto risco (turismo, aeroportos, hotéis, transporte turístico, fronteiras, etc.).
- f) Os países devem defender essa causa no mais alto nível político nos fóruns mundiais de saúde pública para alcançar o compromisso máximo a fim de avançar no sentido das metas de erradicação mundial do sarampo e da rubéola.

### **Intervenção pelo Conselho Diretor**

28. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota deste relatório e ofereça os comentários que considerar pertinentes.

### **Referências**

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023 [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 25 a 29 de setembro de 2017; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2017 (documento CSP29/8) [consultado em 6 de maio de 2019]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=41212&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41212&Itemid=270&lang=pt).
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023 [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 25 a 29 de setembro de 2017; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2017 (resolução CSP29.R11) [consultado em 6 de maio de 2019]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=42357&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42357&Itemid=270&lang=pt).

3. Organização Pan-Americana da Saúde. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola (semana terminada em 29 de dezembro de 2018). Washington (DC). Washington (DC): OPAS/OMS; 2018 [consultado em 6 de maio de 2019]. Disponível em espanhol em:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=47460&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=47460&lang=es).
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Actualización Epidemiológica: Sarampión (18 de abril de 2019) [Internet]. Washington (DC). Washington (DC): OPAS/OMS; 2019 [consultado em 6 de maio de 2019]. Disponível em espanhol em:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=48290&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=48290&lang=es).
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Boletín de Inmunización. Volumen XL, Número 3 (setembro de 2018) [Internet]. Washington (DC). Washington (DC): OPAS/OMS; 2018 [consultado em 6 de maio de 2019]. Disponível em espanhol em:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=boletin-inmunizacion-0&alias=47302-boletin-de-inmunizacion-septiembre-2018&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=boletin-inmunizacion-0&alias=47302-boletin-de-inmunizacion-septiembre-2018&Itemid=270&lang=es).

---