

B. ATUALIZAÇÃO SOBRE A PANDEMIA (H1N1) DE 2009

Antecedentes

20. A finalidade deste documento é examinar os esforços anteriores à pandemia e a resposta ao novo vírus da influenza A (H1N1) desde abril de 2009.

21. No fim de abril de 2009, um novo vírus da influenza A capaz de infectar os seres humanos foi detectado na América do Norte. Do seu foco inicial, o vírus se espalhou para todo o mundo, produzindo centenas de milhares de casos confirmados e, até 30 de julho de 2010, mais de 18.000 mortes em todo o mundo (sendo mais de 8.500 mortes nas Américas). Além disso, populações vulneráveis como mulheres grávidas parecem ter um risco desproporcionalmente alto de mortalidade pela influenza A (H1N1).¹ Em 2009, relatórios epidemiológicos dos países que fornecem essa informação revelam que até 28,5% das mortes pandêmicas (H1N1) entre mulheres em idade reprodutiva foram de mulheres grávidas (de 4,2 a 28,5).² Com base nos indícios disponíveis e na orientação do Comitê de Emergência criado pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005), a Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou que os critérios científicos para definir uma pandemia de influenza haviam sido satisfeitos e declarou que aquela era a primeira pandemia do século XXI.

22. Desde 2002, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem fornecido cooperação técnica aos países para o desenvolvimento dos Planos Nacionais de Contingência para a Pandemia de Influenza (PNCPI) utilizando um processo intersetorial de planejamento. Além do desenvolvimento de PNCPI, o objetivo era fortalecer as capacidades centrais genéricas de vigilância e resposta dos países, conforme exigido pelo RSI-2005. Com esse objetivo, a Diretora da OPAS estabeleceu uma força-tarefa de preparação para pandemias e implementação do RSI composta de representantes de 11 áreas da Organização.

23. De modo a facilitar o fortalecimento da capacidade dos países para detectar os vírus da influenza que poderiam causar uma pandemia, um Protocolo Genérico para a Vigilância de Influenza foi desenvolvido pela OPAS e pelos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Como complemento de um sistema de vigilância virológica e epidemiológica integrado, a capacidade laboratorial dos países foi reforçada por meio de formação em técnicas laboratoriais, fornecimento de reagentes e materiais e compra de equipamentos. Para a maioria dos países da Região, a formação

¹ A. M. Siston, S. A. Rasmussen, M. A. Honein, A. M. Fry, K. Seib, W. M. Callaghan, ... D. J. Jamieson. Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 2010; 303 (15): 1517 DOI: [10.1001/jama.2010.479](https://doi.org/10.1001/jama.2010.479)

² Este cálculo inclui dados dos 2009 semanais relatórios epidemiológicos dos seguintes países: Brasil, Canadá e Chile

concentrou-se em técnicas antigênicas que permitiram a detecção de sete vírus respiratórios, entre eles o da influenza. Durante os cinco últimos anos, esses esforços contribuíram para o estabelecimento de cinco novos Centros de Influenza Nacionais na América Central, como laboratórios reconhecidos pela OMS com capacidade comprovada para diagnosticar, de forma segura e eficaz, os vírus da influenza. Anteriormente, apenas um Centro de Influenza Nacional estava em funcionamento na América Central.

24. Também se prestou apoio à criação de equipes de resposta rápida para investigar possíveis surtos. Além de fornecer as ferramentas para a investigação de campo, a formação incluiu a implementação de estratégias eficazes para controle de infecções, manuseio seguro de amostras clínicas, controle do estresse e gestão de crises e mortalidade em massa. Também foi oferecida capacitação sobre risco e comunicação de surtos para treinar as autoridades de alto escalão da área de comunicação, os responsáveis pelas políticas de comunicação e os encarregados de transmitir mensagens e comentários ao público e à mídia.

Atualização

25. O surgimento de uma pandemia de influenza em abril de 2009 provocou uma forte demanda dos países por apoio técnico direto. A pandemia forçou a substituição das atividades de preparação por esforços de mitigação. A ameaça de uma possível pandemia causada pelo H5N1, o vírus altamente patogênico da influenza A aviária (“gripe aviária”), havia resultado no desenvolvimento de PNCPI na maioria dos países. A Região das Américas foi a única Região da OMS que não havia sido afetada pelo H5N1. Dessa forma, em muitos países havia diminuído a intensidade do processo de preparação contra pandemias em virtude da percepção de baixo risco. Os países envolvidos na resposta à pandemia de H1N1 não raro constatavam que seus PNCPI careciam dos detalhes operacionais necessários para uma implementação operacional eficaz. Embora muitos planos nacionais carecessem de detalhes operacionais, o processo de preparação nos últimos anos havia servido para assentar as bases para os mecanismos de coordenação que reúnem as partes interessadas necessárias.

26. Em resposta ao surto inicial, a OPAS ativou os mecanismos de alerta e resposta, com a mobilização de equipes de resposta rápida e ativação do Centro de Operações de Emergência (COE) na sede da OPAS. O COE serviu como ponto de contato para a comunicação entre as áreas técnicas e os ministérios da saúde. Por meio da coordenação com a Rede Mundial de Alerta e Resposta da OMS (GOARN), a OPAS enviou missões intersetoriais para a maioria dos países. Tais equipes eram formadas por especialistas em vigilância, diagnóstico laboratorial, controle de infecções, resposta a emergências e comunicação de riscos. Na falta de medicamentos antivirais e vacinas, os funcionários de saúde enfrentaram comunidades ansiosas, que exigiam informações imediatamente. Em

muitos casos, o treinamento sobre a comunicação de riscos resultou em mensagens mais coordenadas com transparência e melhor cumprimento das medidas de saúde pública.

27. A capacidade dos laboratórios nacionais de saúde pública estava no limite devido à demanda para finalidades de diagnóstico, em vez de priorizar as metas de vigilância de saúde pública recomendadas. Ainda assim, os laboratórios produziram resultados precisos e em tempo hábil, mesmo com o número excessivo de amostras apresentadas. A maioria dos países pôde identificar o vírus da influenza e os de outros problemas respiratórios através de técnicas antigênicas. A identificação do novo vírus só foi possível através de um processo mais complexo de reação em cadeia da polimerase (PCR) que não havia sido estabelecido anteriormente em todos os países da Região. Nas quatro primeiras semanas após o início da pandemia, a OPAS coordenou a provisão de treinamento, equipamentos, materiais e reagentes relacionados a essa técnica. O equipamento de reação em cadeia da polimerase em tempo real foi fornecido a Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Jamaica, Paraguai, República Dominicana e Uruguai. A OPAS também comprou e distribuiu reativos, outros equipamentos e materiais. Como resultado, cada país da América Latina é agora capaz de diagnosticar o novo vírus H1N1.³

28. O apoio à vigilância epidemiológica compreendeu a formulação dos protocolos nacionais com base nas diretrizes da OPAS/OMS para a vigilância reforçada das infecções respiratórias agudas. Ao longo de todo o período da pandemia, as informações epidemiológicas geradas pelos países tinham claramente uma lacuna e uma defasagem na notificação dos dados. Os ganhos obtidos mediante cooperação técnica na execução da vigilância da influenza não foram aplicados uniformemente durante a pandemia. Agora que a pandemia foi atenuada no Hemisfério Sul, surge a oportunidade de fortalecer os sistemas de vigilância sentinela em cada país.

29. A OPAS convocou um grupo de peritos para a formulação de uma diretriz para a administração clínica da pandemia (H1N1) de 2009 nas crianças e adultos, em colaboração com a Associação Pan-Americana de Infectologia.⁴ As características clínicas dos casos graves foram monitoradas por meio de estreita comunicação com os especialistas nacionais, permitindo a identificação precoce da gravidez e obesidade como fatores de risco para formas graves da doença. Prestou-se apoio técnico à Argentina, Bolívia, El Salvador, Honduras, Peru e Trinidad e Tobago para a revisão de protocolos nacionais sobre a administração clínica e o controle de infecções. Por meio de peritos no local, a OPAS orientou sobre a administração clínica dos casos graves, casos pediátricos e medidas de controle de infecção em Belize, El Salvador, Guatemala, México, Nicarágua, Paraguai e República Dominicana. Em conjunto com a Associação Pan-

³ Os países-membros do CAREC, com a exceção da Jamaica, enviaram amostras suspeitas da pandemia (H1N1) de 2009 ao CAREC para confirmação por meio do *Realtime PCR*.

⁴ Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2163&Itemid=

Americana de Infectologia, foi convocada uma reunião para examinar as lições aprendidas com a administração clínica nas unidades de cuidados intensivos (São Paulo, 26 de agosto de 2009). A OPAS também colaborou com a sede da OMS no desenvolvimento de uma consulta global sobre a administração dos casos graves da pandemia (H1N1) (Washington, D.C., 14 a 16 de outubro de 2009).

30. No âmbito do Plano de Emergência e mediante seus mecanismos de emergência, a OPAS pôde coordenar muitas das doações e compras necessárias para a resposta dos Estados Membros à pandemia de influenza H1N1. A OPAS também assegurou que o armazém de emergência regional da Base de Resposta Humanitária das Nações Unidas (UNHRD) no Panamá recebesse a entrega oportuna de itens médicos e não médicos para repor seus estoques. Mais de 50 mil kits de equipamento para proteção pessoal (EPP) e quase 600.000 doses de oseltamivir foram entregues a países na fase aguda da pandemia. Deve-se assinalar também que a OPAS coordenou o pré-posicionamento de kits EPP em todos os países das Américas mediante colaboração com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) antes do início da pandemia. Em preparação para um futuro surto de influenza A (H1N1) e como parte do plano de preparação de emergência da OPAS, 300.000 doses de oseltamivir foram estocadas no armazém regional. A Equipe de Resposta Rápida (RRT) da OPAS também foi fortalecida mediante treinamento intensivo para resposta local em aspectos de logística e gestão de crises, de acordo com as diretrizes de resposta recentemente atualizadas.

31. As campanhas de vacinação contra a pandemia de influenza (H1N1) têm seguido as recomendações do Grupo Técnico Assessor sobre Imunizações (TAG). Assim, têm sido direcionadas ao pessoal médico, mulheres grávidas e pessoas com doenças crônicas. Esses grupos em risco foram selecionados para reduzir a morbidade e mortalidade da pandemia de influenza e reduzir seu impacto sobre os sistemas de saúde. Até 30 de julho de 2010, os países da Região das Américas, incluindo os Estados Unidos, haviam administrado 195.206.708 doses, principalmente entre os grupos prioritários.

32. Os países da América Latina e Caribe planejavam vacinar aproximadamente sete milhões de mulheres grávidas; até 30 de julho de 2010, aproximadamente 64% dessa população havia sido vacinada. Somente um país havia vacinado 100% de todas as mulheres grávidas visadas. Atualmente, a cobertura com vacina das mulheres grávidas é mais baixa, em comparação com a de outros grupos priorizados: pessoas com doenças crônicas (76,9%) e trabalhadores da saúde (>90%). Os países devem intensificar seus esforços de vacinação direcionados às mulheres grávidas, em coordenação com entidades científicas e a sociedade civil.

33. A OPAS produziu diretrizes e as disponibilizou no portal da influenza⁵ em espanhol e inglês. Iniciou-se um relatório semanal de monitoramento da pandemia

⁵ Disponível em:

descrevendo a evolução da pandemia na Região, que continua sendo feito até hoje. Um boletim semanal sobre imunização também tem sido publicado no portal sobre influenza, incluindo vigilância de eventos adversos da vacina e cobertura de vacinação contra influenza. A OPAS também estabeleceu reuniões virtuais semanais entre ministérios da saúde para compartilhar as últimas informações e dados disponíveis. A OPAS disponibilizou um site seguro para o intercâmbio de informações entre Canadá, Estados Unidos e México. A fim de difundir conhecimentos e informações sobre o controle da infecção, a OPAS preparou um curso virtual para profissionais de saúde sobre administração clínica e controle da infecção, disponível no campus virtual de saúde pública.

34. Também se prestou apoio aos países no desenvolvimento das mensagens apropriadas e avaliação da eficácia dessas mensagens através do conhecimento, atitudes e estudos sobre a prática. Com base em comentários informais de países da Região, esses resultados ajudaram os programas a determinar se a mensagem havia contribuído para que o público cumprisse o distanciamento no convívio social e outras medidas de saúde pública e, se necessário, fazer as adaptações subsequentes.

35. Os países das Américas sofreram significativas perdas econômicas com a pandemia. O Governo do México, com apoio da OPAS e da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), realizou um estudo para estimar o impacto econômico do primeiro surto de influenza A (H1N1) pandêmica e subsequentes medidas de controle. As perdas econômicas causadas pela pandemia no México em 2009 foram estimadas em US\$ 9,1 bilhões. Desse total, 96% foram perdas de produção e venda de bens e serviços; 4% representam gastos de saúde acima dos níveis previstos. As perdas econômicas do México provocadas pela pandemia representam 1% do produto interno bruto do ano anterior. Isso faz com o custo da pandemia seja mais alto que o de qualquer outro desastre na história recente, incluindo o terremoto de 1985 na Cidade do México. Está sendo realizado um segundo estudo para quantificar o impacto do segundo surto de influenza pandêmica no México.

36. No âmbito regional, a OPAS convocou todos os países-membros em setembro de 2009 para analisar as experiências dos países, rever as lições extraídas e examinar os desafios que a Região enfrenta. Com o fim da estação mais rigorosa no hemisfério sul e a chegada da temporada da influenza no hemisfério norte, os países estão se concentrando em sete temas: coordenação e administração, vigilância epidemiológica, RSI, resposta dos serviços de saúde, comunicação de riscos, medidas não farmacêuticas e vacinação.

37. Embora ainda siga apoiando os esforços para mitigar os efeitos da atual pandemia, a OPAS continuará a fortalecer a estratégia de resposta à pandemia. A cooperação técnica deve continuar promovendo as estratégias integradas de capacitação, as ferramentas de

planejamento e os exercícios de simulação envolvendo a participação ativa e autoria dos governos em todos os níveis.

38. O risco do surgimento de novas ameaças epidêmicas, incluindo um novo vírus da influenza pandêmica, continua o mesmo de antes da pandemia. A preparação para a pandemia e o fortalecimento da capacidade básica de vigilância e resposta deve continuar sendo uma prioridade na agenda de saúde pública dos países. A pandemia de influenza (H1N1) de 2009 serviu de teste para a capacidade global de resposta e devemos aproveitar a experiência para continuar fortalecendo essa capacidade.