

## **C. ELIMINAÇÃO DO SARAMPO, DA RUBÉOLA E DA SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS**

### **Introdução**

1. Em 1994, durante a 24<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana, os ministros da saúde aprovaram a Resolução CSP24.R16, estabelecendo a meta da eliminação do sarampo da Região das Américas até 2000. A aprovação da resolução baseou-se na rápida e notável redução do sarampo demonstrada pelos países que tinham sido pioneiros no uso de estratégias de imunização para a eliminação. A meta de eliminação do sarampo foi subseqüentemente reafirmada pelas Resoluções CD38.R6 (1995), que aprovou um Plano de Ação para a Eliminação do Sarampo nas Américas,<sup>1</sup> e CE118.R14 (1996), que instou todos os países a alocar os recursos humanos e financeiros necessários para implementar plenamente as estratégias esboçadas no plano Regional. A Região das Américas atingiu a meta da eliminação do sarampo em novembro de 2002.

2. O fortalecimento da vigilância do sarampo revelou também que a rubéola e a síndrome da rubéola congênita (SRC) se haviam projetado como significativos problemas de saúde pública na Região. Em 1999, o Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Evitáveis por Vacinação (GTA), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), recomendou o controle acelerado da rubéola e a prevenção da SRC com campanhas orientadas para uma ampla gama de idades, inclusive adultos jovens. Em vista das lições aprendidas da vacinação de populações grandes e heterogêneas com a vacina contra sarampo e rubéola, bem como do custo-efetividade documentado da vacinação contra a rubéola, em 2003 o 44<sup>o</sup> Conselho Diretor aprovou Resolução CD44.R1, conclamando em Estados Membros a eliminar rubéola e a síndrome da rubéola congênita de seus territórios até 2010. Para isso, solicitou-se que os países formassem planos de ação nacionais dentro de um ano. Além disso, a resolução pediu que a Diretora “elaborasse um plano de ação regional e mobilizasse recursos para apoiar uma meta de eliminação de rubéola/SRC até 2010”. Os últimos casos de rubéola endêmica e de SRC na Região foram notificados em 2009.

3. Em outubro de 2007, a 27<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana, considerando a eliminação do sarampo em 2002 e o progresso alcançado no sentido das metas de eliminação da rubéola e da SRC, aprovou Resolução CSP27.R2. Essa resolução instou Estados Membros a estabelecer Comissões Nacionais para documentar e comprovar a eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC em cada país e autorizou a formação de um

---

<sup>1</sup> O Plano de Ação (contido no Documento CD38/15) tem por alvo alcançar e manter pelo menos 95% da cobertura de vacinação contra o sarampo em todos os municípios ou distritos de cada país da Região. Far-se-á isso complementando as atividades de vacinação de rotina com as campanhas de manutenção periódicas para prevenir a acumulação de crianças em idade pré-escolar suscetíveis.

Comitê de Especialistas Internacionais (CEI) para documentar e verificar a interrupção da transmissão dos vírus de sarampo e da rubéola endêmicos na Região das Américas. Para assegurar um enfoque padronizado na documentação e verificação, a OPAS formulou um plano de ação regional que foi endossado pelo GTA e aprovado pelo CEI. O plano foi criado para orientar os países e suas Comissões Nacionais na compilação e análise das provas de que transmissão do sarampo e da rubéola endêmica tinha sido interrompida.

4. O presente documento resume o progresso até agora na documentação da eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC na Região das Américas, bem como os desafios e riscos restantes para manter a Região livre de sarampo endêmico, rubéola e SRC. Propõe também um plano de ação de emergência para garantir a manutenção da eliminação dessas doenças na Região.

### **Progresso até Agora**

5. De acordo com a Resolução CSP27.R2, da Conferência Sanitária Pan-Americana, foi formado um Comitê de Especialistas Internacionais e 23 Comissões Nacionais foram estabelecidas, inclusive uma Comissão para os Departamentos Franceses do Exterior, nas Américas. Além disso, foi criada uma Comissão Sub-Regional para os países e territórios de língua inglesa e holandesa do Caribe, inclusive o Suriname.

6. Desde abril de 2012, 19 comissões, inclusive dos Departamentos Franceses e do Caribe de Língua Inglesa/Holandesa, apresentaram seus relatórios finais de eliminação à OPAS, para análise e comentário pelo Comitê Internacional de Especialistas. Os demais países (Brasil, Colômbia, Equador, Haiti e Peru) apresentarão seus relatórios no fim junho ou depois de assegurarem que a transmissão do sarampo foi interrompida mediante buscas ativas e retrospectivas, vacinação em resposta a surtos e bem sucedidas campanhas de vacinação para fechar lacunas de imunidade.

7. Após cuidadosa análise dos relatórios apresentados pelas Comissões Nacionais e pela Comissão Sub-Regional, parece ter sido lograda a interrupção da transmissão do sarampo endêmico e do vírus da rubéola. Contudo, os países que deram conta de surtos persistentes do sarampo em 2011 terão de apresentar provas de que a transmissão do vírus não se estendeu por um período de 12 meses ou mais. Para a rubéola, um país com casos de fontes desconhecidas, identificados pelo processo de documentação, terá de fazer uma investigação cuidadosa para assegurar que os casos não sejam devidos à circulação endêmica.

8. Como parte do processo de documentação e verificação, vários Estados Membros da OPAS identificaram desafios na manutenção da eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC. Ademais, alguns países notificaram debilidades e malogros nos sistemas nacionais de vigilância e programas de vacinação de rotina, que têm de ser equacionados.

### **Desafios à Manutenção da Eliminação**

9. Entre 2003 e 2010, foram notificados números historicamente baixos de casos de sarampo nas Américas. Durante esses oito anos, 34 de 45 países e territórios (76%) não notificaram caso algum de sarampo e outros cinco países (11%) notificaram juntos 10 casos confirmados. Os seis países (13%) restantes notificaram um total de 1.239 casos, 99% dos 1.249 casos confirmados na Região durante esse período. A ocorrência de sarampo ficou limitada principalmente aos casos que tinham sido importados internacionalmente ou estavam vinculados à importação. Além disso, todos os genótipos identificados dos surtos ocorridos nas Américas desde 2003 têm sido importados à Região.

10. Em 2011, porém, foram notificados 1.379 casos de sarampo nas Américas, um aumento de oito vezes a média anual anterior, de 156 casos, entre 2003 e 2010. Esse aumento coincidiu com vários grandes surtos na Europa e na África. Dos 45 países e territórios, 33 (73,3%) não notificaram casos de sarampo e 9 (20%) notificaram 14 casos confirmados. Três países—Canadá, Equador e Estados Unidos (6,7%)—notificaram um total de 1.290 casos, 93% dos 1.379 casos confirmados na Região (dados não confirmados para 2011, segundo EW18/2012). Os genótipos mais geralmente identificados nesses três países incluem D4, que está circulando no continente europeu; B3, da África; e D8 e D9, do Sudeste asiático e Pacífico

11. Os surtos de sarampo mais recentes, com várias transmissões secundárias, têm características semelhantes. A grande maioria dos casos ocorreu em grupos específicos de pessoas não vacinadas (grupos religiosos ou outros grupos que rejeitam a vacinação) ou em áreas geográficas específicas, como em comunidades indígenas, nas grandes cidades (especialmente nas periferias), e em zonas rurais e de fronteira com acesso limitado à atenção de saúde. Quase todos os casos de sarampo são associados à importação.

12. Os surtos atuais na Região põem em risco a eliminação do sarampo. Em 2011, foram documentados 171 surtos decorrentes de vírus de sarampo importados, e vírus importados causaram transmissões persistentes em pelo menos três países. Para destacar os desafios, os três maiores surtos são resumidos adiante.

13. O maior surto, com uma duração de sete meses (EW14/2011–EW40/2011), ocorreu no Canadá e foi resultado de uma importação de vírus de sarampo D4 da Europa. Representou 803 casos, 61% de todos os casos notificados na Região em 2011. Uma grande parte desses casos (70%) foi centrada numa única província, Quebec, onde 79% dos casos detectados não tinham sido vacinados ou não tinham prova de vacinação. As autoridades desenvolveram atividades de vacinação baseadas em escolas em toda a província, tendo em mira crianças que não estavam plenamente imunizados contra sarampo, com as duas doses recomendadas de vacina contra sarampo, parotidite e rubéola.

14. O segundo maior surto na Região ocorreu no Equador, onde parece que as crianças em algumas localidades rurais indígenas continuaram perdidas durante as atividades de imunização da rotina e complementares, criando assim focos de população suscetíveis. O surto se propagou a nove diferentes províncias no país. Ocorreu um total de 265 casos confirmados do sarampo em seis províncias em 2011 e 53 casos adicionais entre as crianças em três províncias em 2012 (dados até maio de 2012). O grupo de idade mais afetado foi o de menores de 5 anos. Foram identificados casos com o genótipo B3, geralmente encontrado na África, juntamente com um caso de D4. Para assegurar resposta rápida a esse surto de sarampo, uma campanha de manutenção destinada a crianças de até 15 anos foi alterada, começando mais cedo. Segundo o Ministério da Saúde, a cobertura de vacinação entre crianças de até 5 anos de idade foi de  $\geq 95\%$  na maioria das províncias. O Equador completou também as atividades de vacinação para a faixa etária de 5 a 14 anos. O último caso de sarampo foi notificado na EW16/2012 (dados de 2 de maio de 2012). Depois que nenhum novo caso do sarampo tenha sido notificado no país por um período de 12 semanas, as autoridades sanitárias desenvolverão três atividades principais para confirmar a interrupção da circulação do vírus do sarampo: (a) monitoração de cobertura rápida; (b) buscas de casos ativos de sarampo; e (c) retestagem de espécimes negativos de dengue para sarampo. Uma vez concluídas essas atividades, a Comissão Nacional apresentará o relatório final sobre a interrupção da transmissão endêmica de sarampo, rubéola e SRC no Equador.

15. O estado de São Paulo (Brasil) notificou o terceiro maior surto, com seis casos isolados e três cadeias de transmissão que resultaram em 27 casos confirmados em sete municípios. Somente dois dos seis casos isolados deram conta de viagem anterior ao estrangeiro. Em dois casos, foi isolado o genótipo D4. Além disso, informou-se que um lactente de 7 meses tinha um exantema, com data de aparecimento de 24 de dezembro de 2011, que veio a ser confirmado como sarampo com o genótipo D4. Apesar de completas investigações epidemiológicas, não foi possível identificar a fonte de infecção de qualquer caso ou vincular qualquer um dos casos confirmados a importações. A Comissão Nacional para documentação/comprovação da eliminação de sarampo e rubéola examinará a epidemiologia e os resultados das buscas retrospectivas de casos no fim de abril de 2012 para descartar ou confirmar a circulação de vírus de sarampo na área.

16. Durante 1998–2006, os casos confirmados de rubéola nas Américas diminuíram em 98%, de 135.947 para 3.005. Em 2007, porém, as Américas acusaram um ressurgimento de casos de rubéola devidos a importações do vírus da rubéola em países que inicialmente tiveram apenas mulheres por alvo durante campanhas de vacinação em massa. Os casos confirmados de rubéola aumentaram de 3.005 em 2006 para 13.187 em 2007, em resultado de surtos em três países. Foi notificado na Região em 2008 um total de 4.536 casos confirmados de rubéola; os casos em dois países representaram 98% deles. Como desafortunada consequência dos surtos de rubéola de 2008-2009, foi notificado um total de 27 casos da SRC nesses dois países. O último caso confirmado de

SRC foi uma criança nascida no dia 26 de agosto de 2009. Em resposta a esses surtos, os países intensificaram as atividades de vigilância e intervenções de vacinação, desenvolvendo atividades complementares de imunização entre adolescentes e adultos. Os países que completaram campanhas para adolescentes e adultos de ambos os sexos não notificaram casos endêmicos de rubéola. O último caso confirmado de rubéola endêmica foi notificado em fevereiro de 2009. Naquele ano, dois países notificaram sete casos de rubéola associados a importação; em 2010, o total regional subiu a 15 casos de rubéola associados a importação; e em 2011, ocorreram novamente sete casos de rubéola importada (dados provisórios de abril de 2012). Nenhum caso endêmico de SRC foi notificado em 2010 ou 2011.

17. Apesar das limitadas informações epidemiológicas moleculares, o genótipo do vírus da rubéola 1C foi identificado como endêmico somente nas Américas, por não ter sido identificado em outras regiões do mundo. A última ocorrência de transmissão do vírus 1C ocorreu em 2005. Entre 2006 e 2009, o genótipo 2B foi isolado dos surtos notificados em três países e considerado endêmico nas Américas, mas a transmissão endêmica foi interrompida em 2009. Desde 2009, os vírus dos genótipos 1E, 1G, 1J e 2B estiveram vinculados a casos importados.

18. Durante o processo de confirmação da eliminação de sarampo, rubéola e SRC, a Colômbia identificou clinicamente e em laboratório vários casos confirmados de rubéola clínica em 2008, 2009 e 2011. O primeiro caso detectado foi um caso de rubéola confirmado por laboratório em 2011, sem informação disponível sobre o genótipo. Investigações retrospectivas no mesmo departamento da Colômbia revelaram mais oito casos de rubéola com confirmação de laboratório ou clínica entre 2008 e 2009. A maioria das pessoas afetadas não tinha histórico de vacinação. Embora se hajam realizado buscas retrospectivas e de casos ativos para complementar a pesquisa epidemiológica, elas não puderam identificar a fonte de infecção de todos esses casos. A Colômbia terá de fazer buscas de casos ativos nas áreas epidemiologicamente silenciosas do país.

19. Embora o progresso rumo à meta de documentação e verificação da eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC estivesse em curso no fim de 2011, algumas das Comissões Nacionais concluíram que a vigilância epidemiológica não é suficientemente robusta para assegurar a manutenção da eliminação da rubéola e da SRC. Contudo, as Comissões afirmam que é possível fazer a documentação para comprovar a ausência das doenças endêmicas na Região se os pontos fracos identificados forem corrigidos sem demora. Para isso, os países são instados a tomar medidas imediatas para corrigir os desafios identificados durante o processo de verificação, a fim de assegurar que sejam mantidos os avanços na eliminação das doenças endêmicas.

20. Assegurar vacinação oportuna em resposta aos vírus de sarampo e rubéola importados tem-se tornado cada vez mais importante com os avanços conseguidos no tocante à documentação e verificação da eliminação de vírus endêmicos. Os Estados Membros tomaram caras medidas adicionais para reduzir o risco de novos surtos causado

pela propagação internacional dos vírus de sarampo e rubéola. Essas medidas incluem atividades de imunização complementares e de rotina para fechamento de lacunas na imunidade da população, monitoramento de cobertura rápida, vacinação de populações vulneráveis e investigação oportuna de cada caso importado. Nas campanhas complementares para eliminação de sarampo e rubéola na Região, 485 milhões de pessoas foram vacinadas, muitas vezes paralelamente a campanhas simultâneas em curso nas zonas de fronteira com países vizinhos. As ações para conter surtos representam substanciais custos diretos para a saúde pública e o sistema de atenção de saúde, com um custo líquido para o setor público de até US\$10.000 por caso.<sup>2</sup>

21. A Região das Américas continua em risco de importações, dada a circulação contínua de vírus de sarampo e rubéola em outras regiões do mundo. Além disso, anunciar a eliminação de sarampo endêmico e rubéola pode ser mal interpretado pelo público em geral ou pelas pessoas que não estão familiarizadas com as distinções técnicas entre os casos importados e endêmicos.

22. Considerando os desafios restantes à manutenção da eliminação de sarampo e rubéola na Região das Américas, propõe-se à 150<sup>a</sup> Sessão do Comitê Executivo que recomende à 28<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana a aprovação de uma resolução sobre um plano de ação de emergência. Essa resolução deve instar os Estados Membros a fortalecer a vigilância ativa dessas doenças e a manter uma alta imunidade da população através da vacinação.

### **Plano de Ação Regional de Emergência para Manter a Eliminação do Sarampo e da Rubéola em 2012–2014**

23. Com o objetivo de manter a meta regional da eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome de rubéola congênita, e seguindo orientação do GTA, do CEI e da OPAS, foi formulado um plano de ação de emergência para os próximos dois anos para corrigir debilidades identificadas nos programas de imunização e vigilância para sarampo, rubéola, e SRC.

24. Os Estados Membros foram conclamados a verificar a interrupção dos casos de sarampo endêmico, rubéola e SRC em todos os países das Américas por um período de pelo menos três anos a partir do último caso endêmico conhecido, na presença de vigilância de alta qualidade e com coordenação e orientação da OPAS. Eliminação é a interrupção da transmissão de uma doença endêmica por um período de pelo menos 12 meses, sob vigilância de alta qualidade. Para manter esse avanço na eliminação e se basear nele, a OPAS insta os Estados Membros a implementar as seguintes ações, que são altamente recomendadas pelo CEI:

---

<sup>2</sup> Sugerma DE, Barskey AE, Delea MG, et al. Measles outbreak in a highly vaccinated population, San Diego, 2008: Role of the intentionally undervaccinated. *Pediatrics* 2010;125(4):747–55.

- (a) Manter uma boa vigilância padrão da eliminação em todos os Estados Membros e assegurar medidas oportunas e eficazes em resposta a surtos face a qualquer importação de vírus selvagem. Para assegurar a vigilância de alta qualidade, as seguintes atividades devem ser desenvolvidas:
- i. Executar avaliações externas rápidas de sistemas de vigilância de sarampo, rubéola e SRC, a fim de aumentar a robustez e qualidade da detecção e notificação de casos e fortalecer os registros das anomalias congênitas.
  - ii. Levar a cabo buscas de casos ativos e avaliar a sensibilidade dos sistemas de vigilância nas áreas epidemiologicamente silenciosas.
  - iii. Emitir os alertas de saúde para eventos que reúnem grandes massas (como os Jogos Olímpicos e Copa do Mundo da FIFA).
  - iv. Incluir o setor privado na vigilância de doenças, dando especial ênfase à inclusão de laboratórios privados na Rede Regional de Laboratórios de Sarampo e Rubéola.
  - v. Reforçar a colaboração entre equipes epidemiológicas e laboratoriais para melhorar a vigilância do sarampo e da rubéola, bem como a classificação final de casos suspeitos.
  - vi. Melhorar o genótipo molecular dos casos confirmados em todos os surtos.
  - vii. Abordar as lacunas e falhas nos sistemas de vigilância, identificadas pelas Comissões Nacionais.
- (b) Manter uma alta cobertura de imunização da população contra sarampo e rubéola ( $\geq 95\%$ ) em todos os Estados Membros. Para isso, recomendam-se as seguintes atividades:
- i. Executar o monitoramento rápido da cobertura para identificar populações suscetíveis ao sarampo e à rubéola, concentrando-se particularmente em populações de alto risco com qualquer das seguintes características:
    - Vivem nas zonas de fronteira de trânsito intenso.
    - Vivem em áreas densamente povoadas como os assentamentos periféricos urbanos.
    - Vivem em áreas com baixa cobertura de vacinação ou altas taxas de evasão da vacinação.
    - Vivem em áreas que não notificam casos suspeitos (epidemiologicamente silenciosas).
    - Vivem em áreas com uma alta densidade de turistas.
    - São geográfica, cultural ou socioeconomicamente difíceis de atingir.

- Estão dedicados a comércio/trocas comerciais (por exemplo, feiras, mercados) ou vivem em áreas altamente industrializadas.
  - ii. Executar atividades imediatas de vacinação nas áreas onde o monitoramento de cobertura rápida constata que a cobertura está abaixo do limiar recomendado de 95%.
  - iii. Executar campanhas de vacinação de seguimento de alta qualidade. Para assegurar altos níveis de imunidade, os países se comprometeram a executar tais campanhas enquanto a Região está verificando sua condição de isenta de transmissão endêmica de sarampo e rubéola (2008–2014).
25. A implementação completa de atividades intensificadas de vacinação para manter o estado de eliminação será essencial assegurar ampla cobertura de imunização, principalmente em áreas que têm populações suscetíveis. Nas zonas onde os vírus de sarampo e rubéola ainda estão circulando, novos esforços para interromper a transmissão dos vírus e fazer pesquisas epidemiológicas devem se concentrar nos grupos populacionais vulneráveis não vacinados e nas zonas de alto risco.
26. Os países devem integrar as atividades propostas para manter a eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC nos seus planos de ação anuais para programas nacionais de imunização, que refletirão um contínuo empenho político e financiamento suficiente.
27. Para assegurar execução do plano de ação de emergência para 2012–2014, a fim de manter a Região livre de sarampo, rubéola e SRC, o orçamento de US\$1,5 milhão deve ser plenamente financiado.

#### **Ação do Comitê Executivo**

28. Convida-se o Comitê Executivo a examinar a informação fornecida neste documento e a considerar se é apropriado transferir este tema de “Assuntos de Informação” para “Assuntos Relativos à Política de Programas”, a fim de aprovar uma resolução durante a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana.