



NOTA TÉCNICA

PROGRAMA HEMISFÉRICO DE ERRADICAÇÃO DA FEBRE AFTOSA - PHEFA PARA ALÉM DE 2020

Documento de Trabalho para a 46ª Reunião Ordinária da
Comissão Sul Americana para a Luta contra a Febre Aftosa (COSALFA)

Cartagena - Colômbia | 3 de maio 2019

INTRODUÇÃO

Nas vésperas do ano 2020 e quando se aproxima o final do Plano de Ação 2011-2020 do Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA), cabe fazer uma reflexão para examinar o grau de avanço alcançado, os trabalhos ainda pendentes e os desafios que se vislumbram no horizonte, colocando a visão para depois de 2020.

Durante a 42ª Reunião Ordinária da COSALFA 42 em 2015, os 13 países-membros constataram que o Plano de Ação 2011-2020 havia avançado muito além do inicialmente esperado, o que se verificava pela ausência de novas notificações da doença na maior parte da América do Sul e um constante avanço no processo de reconhecimento do status sanitário oficial da OIE nos países sem reconhecimento. Em consequência disto, foi decidido elaborar uma Guia Técnica de Trabalho para a última etapa do PHEFA, para orientar os países livres com vacinação para uma transição em alcançar o status de livre sem vacinação.

Como provas tangíveis do avanço na trajetória marcada pelo PHEFA, até 2018 encontramos o reconhecimento de livre com ou sem vacinação, por parte da OIE, de todo o território dos países da Região, com exceção da Colômbia, na qual, se encontra suspenso por motivos conjunturais, e a Venezuela. Este último país permanece sem status e mostra atualmente uma notável debilidade em sua capacidade de implementar o programa de controle da febre aftosa.

O reaparecimento de focos no território Colombiano livre de febre aftosa e limítrofe com a Venezuela, durante os anos 2017 e 2018, aponta a persistência de risco no norte da sub-região andina e abriu os questionamentos sobre seus efeitos para o resto da Região.

Por outro lado, chama a atenção que a América do Sul é a região do mundo que concentra os países e zonas livres com vacinação reconhecidos pela OIE, com a exceção de zonas do Kazajstan, Taiwan e Turquia, e mantém uma vacinação sistemática e regular, de maneira indefinida, sobre a mesma espécie animal que tem sido o reservatório da infecção.

Este documento, além de oferecer uma atualização da situação do risco regional, aborda também seus prováveis efeitos, os quais são decisivos na definição das estratégias sanitárias a serem adotadas para enfrentar os desafios pendentes, manter as conquistas alcançadas e completar o processo de erradicação da febre aftosa sem vacinação no Continente Americano.

PROGRESSOS DA LUTA CONTRA A FEBRE AFTOSA DURANTE O PLANO DE AÇÃO 2011-2020

O Plano de Ação 2011-2020 do PHEFA começou quando a Região mostrava um importante progresso no processo de erradicação, particularmente na sub-região do Cone Sul, enquanto a sub-região Andina apresentava um atraso, onde persistia uma contínua ocorrência de focos de febre aftosa em alguns países dessa sub-região. Apesar do progresso alcançado, também foi observado a ocorrência esporádica de focos de febre aftosa em zonas livres com vacinação, que afetaram países do Cone Sul e provocaram uma suspensão sucessiva de seu status sanitário, levantando dúvidas sobre a verdadeira situação epidemiológica da Região e a credibilidade das autoridades envolvidas. Ainda que tenha sido apontado no primeiro momento que a persistência da doença ocorria em zonas fronteiriças dos países, foi constatado posteriormente que elas apresentavam a forma clínica, mas em consequência da persistência de nichos endêmicos de infecção localizados dentro do país. Importantes mudanças foram realizadas nos esquemas de vacinação para eliminar a transmissão da infecção e, desde janeiro de 2012, a sub-região do Cone Sul não apresenta novos casos de febre aftosa e conserva, sem alterações, seu status de livre com ou sem vacinação.

Por outro lado, a sub-região Andina avançou progressivamente no processo de erradicação, alcançando o reconhecimento de seu status de livre de febre aftosa, com ou sem vacinação, com exceção do território da Venezuela. Infelizmente, no ano de 2017, a Colômbia notificou a ocorrência de um foco de febre aftosa em um departamento fronteiro com a Venezuela. O reaparecimento da doença na Colômbia causou a suspensão de seu status e atualmente, o país está dedicado à recuperação de seu status oficial com uma estratégia sanitária focada na mitigação dos riscos transfronteiriços que representa a proximidade com um país ainda infectado.

Na sub-região Amazônica, por sua vez, o Suriname foi reconhecido como livre de febre aftosa sem vacinação bem como o território amazônico do Brasil, que atingiu o status de livre com vacinação no ano de 2018.

A ocorrência de focos no norte da Região Andina não deve ser considerada um fato epidemiológico inesperado ou singular, já que desde o ano de 2004 foi registrado o isolamento esporádico de um genótipo do vírus da febre aftosa tipo O, o qual foi isolado em focos ocorridos em vários estados da Venezuela e em departamentos da Colômbia, com diferentes consequências para esses países devido a seus diferente status sanitário. Estudos filogenéticos realizados com as cepas virais do vírus O tem determinado que o genótipo isolado no norte da Região Andina pertence à linhagem 6, o que evidencia a circulação nesses territórios de um genótipo específico do vírus da aftosa associado com os sistemas de exploração bovina predominantes nas zonas afetadas e que representa um risco de transmissão transfronteiriço.

Em cada sub-região da América do Sul, se verifica a circulação de determinadas linhagens de vírus da febre aftosa nas populações bovinas, sem evidências históricas de sua presença em outras sub-regiões do Subcontinente. Assim, a evidência observada pelos estudos filogenéticos realizados sobre as cepas virais endêmicas da Região apoia a abordagem sub-regional promovido pelos planos de ação do PHEFA e tem dado sustentação nas estratégias sanitárias de nível sub-regional, que tem permitido um avanço constante na erradicação da febre aftosa, considerando o alto grau de independência epidemiológica entre elas.

Não podemos deixar de mencionar também que, no ano de 2016, a Região realizou uma avaliação do risco sobre a persistência do vírus C, e concluiu que havia evidência suficiente para demonstrar que a infecção causada pelo vírus da febre aftosa tipo C havia sido extinto nos territórios historicamente afetados. Consequentemente, os países membros da COSALFA aprovaram a eliminação do vírus tipo C nas vacinas usadas em quatro países da Região, decisão que também estava alinhada com a recomendação, no mesmo sentido, realizada pela Assembleia da OIE, do mesmo ano. Até o presente momento, esta recomendação foi acolhida por Bolívia, Brasil e Paraguai, exceto pela Argentina.

RISCO GLOBAL DE FEBRE AFTOSA

Para estabelecer estratégias sanitárias para enfrentar a febre aftosa, com o olhar para além de 2020, é necessário avaliar não somente os riscos de ocorrência de focos causados por aquelas cepas virais que têm sido endêmicas na América do Sul, mas também considerar os riscos das cepas atuantes em outras regiões do mundo.

Com base no esforço global para o controle da febre aftosa iniciado em 2012 pela OIE e a FAO, se reconhece o PHEFA como a estratégia regional para as Américas, o que está sustentado pelo significativo avanço alcançado nos últimos 30 anos. Também se reconhece que os padrões de ocorrência da febre aftosa a nível global não são aleatórios, mas que se apresentam de forma agrupada, em topotipos virais contendo sorotipos que circulam de forma contínua e que estão associados aos sistemas pecuários predominantes e ao tipo de comércio estabelecido. Esta abordagem permite agrupar os países e regiões do mundo em conglomerados epidemiológicos de acordo aos topotipos, dentro de cada sorotipo atuante.

Assim, são reconhecidos sete pools de vírus da febre aftosa atuantes no mundo, localizados em regiões do Sudeste Asiático, da Ásia Central, do Sul da Ásia, do Oriente Médio e da África¹. Nesse contexto, o *pool* 7 corresponde a aqueles topotipos do vírus O e A, que tem sido endêmico nas Américas. Essa abordagem permite definir estratégias sanitárias para enfrentar a febre aftosa sob uma perspectiva regionalizada e com vacinas que devem ser desenvolvidas especificamente para os topotipos atuantes.

Uma avaliação de riscos de introdução do vírus da febre aftosa nos países livres de febre aftosa nas Américas deve-se considerar, além dos parâmetros informativos contemporâneos, que o risco de introdução do genótipo do vírus O atuante no norte da Região Andina abrange um genótipo específico que teve uma distribuição geográfica limitada a estados da Venezuela e departamentos fronteiriços da Colômbia, associado aos sistemas produtivos bovinos predominantes nessas zonas, sem ter sido isolado fora desses territórios.

Por sua vez, uma avaliação do risco de introdução do vírus da febre aftosa nas Américas procedente dos *poles* 1 al 6, atuantes no resto do mundo, deve considerar a evidência histórica de que nunca foi registrada uma introdução causada por esses vírus nas Américas, provavelmente associado com distância geográfica, vocação exportadora de produtos pecuários da Região e a rápidas medidas de prevenção adotadas pelos programas de controle da febre aftosa da Região para mitigá-los, reforçadas quando os países atingiram o status de livre.

Diante disto, é possível colocar que uma avaliação qualitativa dos riscos de introdução do vírus da febre aftosa para os países livres da Região (exceto a Colômbia) estimaria que a probabilidade de introdução do vírus da febre aftosa (linhagem 6 do vírus O e vírus extracontinentais dos *poles* 1 a 6) como muito baixa, mas que não deve ser descartada.

¹ Para mais informações sobre este tema, consultar a palestra da Dra. Edviges Pituco: Situação Atual da Febre Aftosa no Mundo, apresentada na Sessão III do Seminário Pre-COSALFA. Colômbia, 2019. [<http://www.panaftosa.org/cosalfa46/>]

O CUSTO ATUAL DOS PROGRAMAS DE FEBRE AFTOSA NOS PAÍSES LIVRES COM VACINAÇÃO DA AMÉRICA DO SUL

A febre aftosa num país tem custos diretos e indiretos. Os custos diretos correspondem ao prejuízo causado pela infecção por causa do nível de morbidade e a mortalidade que alcança os focos da doença. Os custos indiretos, por sua vez, correspondem aos derivados das medidas sanitárias aplicadas para o controle da doença e para vigilância e prevenção é, levando em conta que a doença afeta animais de produção, também envolvem custos derivados pelas restrições impostas ao comércio de produtos pecuários de zonas livres com vacinação, as quais diminuem os lucros e o valor dos produtos pecuários.

Uma vez alcançado o estado de ausência de focos de febre aftosa num território, as perdas diretas desaparecem e o custo da doença fica circunscrito aos custos indiretos, isto é, o custo decorrente das medidas sanitárias para seu controle (ou seja, vacinação) vigilância, prevenção, e aqueles relacionados com restrições ao comércio.

Os países livres com vacinação, exceto a Colômbia e a Venezuela, gastam anualmente (cifras do ano de 2017²) um total de US\$ 1.067.231,35 bilhões, dos quais US\$ 644.957,04 milhões são financiados pelo setor público e US\$ 422.274,31 milhões pelo setor privado. Desses custos, cerca de US\$ 281.056.00 milhões correspondem ao valor da vacina e aos contratos dos vacinadores.

Estes custos não consideram os associados ao manejo dos animais para vacinação, nem as perdas pelo dano aos produtos por lesões causadas por injeções repetidas. Além disso, esse montante não inclui o impacto causado pelas restrições ao comércio de produtos pecuários impostos pelos mercados internacionais aos países que vacinam, nem as medidas sanitárias adicionais requeridas para os produtos que são comercializados. Portanto, os custos indiretos são ainda mais elevados que os informados pelos países. Desde o ano de 2012, os países livres do Cone Sul não apresentam novos focos, assim atualmente, os custos da febre aftosa são em sua totalidade, os custos indiretos.

VACINAR OU NÃO VACINAR. É ESSE O DILEMA DA AMÉRICA DO SUL?

A manutenção indefinida dos programas de vacinação sistemática implementados como estratégias de controle não está tecnicamente justificada, uma vez que se constata a eliminação da transmissão, com uma certeza aceitável. Mais do que isso, se o argumento para a manutenção é a prevenção de uma possível introdução do vírus, esta estratégia deve ser implementada depois de uma análise de risco que indique a necessidade de realizar vacinações sistemáticas como medida de mitigação e que, por sua vez, oriente sobre as cepas contra as quais se deve vacinar. Assim, o cenário atual de uma vacinação mantida na maior parte dos territórios da Região como estratégia de prevenção é, no mínimo inapropriada, porque as vacinas são sorotipo-específicas e não oferecem proteção contra os outros topotipos virais circulantes no mundo. A manutenção desses programas de vacinação envolve também, como discutido previamente neste documento, um custo adicional para os criadores, adicionados de restrições comerciais que diminuem a competitividade dos produtos pecuários e afeta a rentabilidade dos negócios pecuários.

Por isso, a autoridade sanitária, depois de um longo período de ausência de novos casos clínicos e respaldado pelas evidências de ausência de transmissão, verificada pelas ações acumuladas de vigilância (passiva e ativa) bem como as altas coberturas de vacinação e de imunidade, deve mudar a estratégia de luta contra a febre aftosa, de

² Centro Pan-americano de Febre Aftosa OPAS/OMS (2018): Informe de Situación de los Programas de Erradicación de la Fiebre Aftosa en Sudamérica y Panamá [Relatório da situação dos Programas de Erradicação da Febre Aftosa na América do Sul e no Panamá], ano 2017. 239 páginas. Rio de Janeiro. Brasil.

uma baseada na vacinação sistemática por uma baseada na prevenção nas fronteiras, detecção oportuna e resposta rápida.

Não se pode esquecer que, atualmente, as políticas de prevenção adotadas pelos países livres de febre aftosa com ou sem vacinação, todas caracterizadas por um nível adequado de proteção alto (que podem ser comprovadas nas avaliações PVS realizadas pela OIE), não permitem as importações legais de animais e produtos pecuários sem uma análise de risco prévia.

Uma das portas de entrada para a introdução do vírus da febre aftosa mais provável seria através do ingresso de produtos contaminados na bagagem de passageiros internacionais ou nas encomendas postais internacionais. Se esses produtos contaminados conseguirem driblar os controles de fronteira, o vírus da febre aftosa, numa dose infectante suficiente, poderia atingir a rebanho de suínos que sejam alimentados com restos de esses produtos contaminados. Logo, uma eventual ocorrência de febre aftosa teria como foco primário um rebanho de suínos, e desde aí, a infecção poderia se propagar a outros suínos ou a outras espécies suscetíveis ocasionando diversos focos da doença. Fica evidente então, que a vacinação sistemática de bovinos não constitui uma medida de prevenção efetiva nem oportuna para evitar um foco de febre aftosa num país livre.

Portanto, afirmar que o dilema dos países, hoje livres de febre aftosa com vacinação da América do Sul é “vacinar ou não vacinar” é conceitualmente equivocado, porque as vacinas utilizadas na Região não oferecem proteção universal contra todos os sorotipos virais da febre aftosa circulantes no mundo, e nem evitaria o aparecimento de um foco da doença. Nesse sentido, o adequado é constituir um banco de antígenos e vacinas no nível regional, como a proposta do BANVACO, que com base numa análise de risco, conserve estoques de antígenos ou vacinas nas quantidades suficientes, para serem usadas frente a eventuais emergências sanitárias por febre aftosa.

As regiões da América do Norte e Central, que são livres de febre aftosa sem vacinação, aplicam políticas preventivas com um nível de proteção semelhante ao observado nos países livres da América do Sul e são uma clara evidência de sua eficácia para prevenir incursões virais de outras regiões afetadas do mundo.

OS DESAFIOS PARA O PHEFA - PARA ALÉM DE 2020

A situação epidemiológica atual que a Região apresenta se compara muito favoravelmente com a descrita no início do Plano de Ação 2011-2020. O aprendizado deste período foi muito significativo, o que permitiu tomar decisões mais assertivas e com maior confiança na situação epidemiológica alcançada.

O reconhecimento internacional conferido pela OIE de um país ou zona livre de febre aftosa significa necessariamente que a doença foi erradicada nesse território e que há um serviço veterinário oficial que realiza satisfatoriamente as ações de prevenção e de vigilância, conforme o previsto no Código Sanitário Internacional, independente de que esteja utilizando vacinas ou não. A vacinação contra a febre aftosa não é sustentada indefinidamente em um país ou zona livre, ao menos que não exista convicção sobre o trabalho realizado ou exista um risco externo justificável.

Os desafios para o PHEFA, para além de 2020, são dados pelos seguintes aspectos:

1. Recuperação e preservação do status oficial da Colômbia, baseado no fortalecimento do sistema de prevenção, imunização e zoneamento estratégico.
2. Abordagem da situação de risco transfronteiriço que afeta o norte da Região Andina, no qual o programa de controle da Venezuela que, em algum momento do período da década contou com a validação temporária da OIE, possa ser reestabelecido, para que este país avance sustentavelmente para a erradicação. O processo de erradicação na Venezuela não apresenta uma complexidade técnica significativa, em comparação a enfrentada por outros países da Região no passado. Contudo, necessita de uma decisão política do mais alto nível, consistente e clara, de uma rigorosidade técnica na sua execução, do apoio dos pecuaristas e da disponibilidade de recursos que lhes de sustentabilidade no tempo, para alcançar seus objetivos. Um projeto que convoque a colaboração e solidariedade internacional poderia ser uma iniciativa que facilite um novo impulso do esforço final de erradicação nesse país.
3. O sólido avanço observado nas sub-regiões Cone Sul e Amazônica, e a informação fornecida pelas ações de vigilância, deveria permitir, com uma suficiente certeza, que uma decisão para uma transição para o status de livre sem vacinação possa ser adotada. A suspensão da vacinação será a melhor prova da eliminação da infecção na população e não será necessário recorrer a custosos estudos serológicos para demonstrar essa condição. A transição para um novo status impõe desafios para a prevenção, a vigilância e para o sistema de resposta frente a eventuais incursões da febre aftosa. Cabe ressaltar que os países já têm realizado e adotado importantes decisões e implementado ações nessa direção.
4. A preparação para emergências e os planos de contingência é uma área que deve ser reforçada, com uma maior integração do sistema de resposta a emergências de sanidade animal e a institucionalidade para emergências existente nos países, com programas de trabalho para tempos de paz, alinhamento dos planos de contingência às recomendações do Código OIE e planos formais e progressivos de preparação do pessoal técnico para enfrentar emergências.
5. A adesão a um Banco de Antígenos e de Vacinas - BANVACO, é uma decisão inevitável nesta perspectiva, para dispor da ferramenta de uma vacinação de emergência frente a uma potencial incursão viral, de modo a dispor do maior leque de estratégias sanitárias para enfrentar contingências por febre aftosa.

3 de maio de 2019.