

Boletim de Imunização

Organização Pan-Americana da Saúde



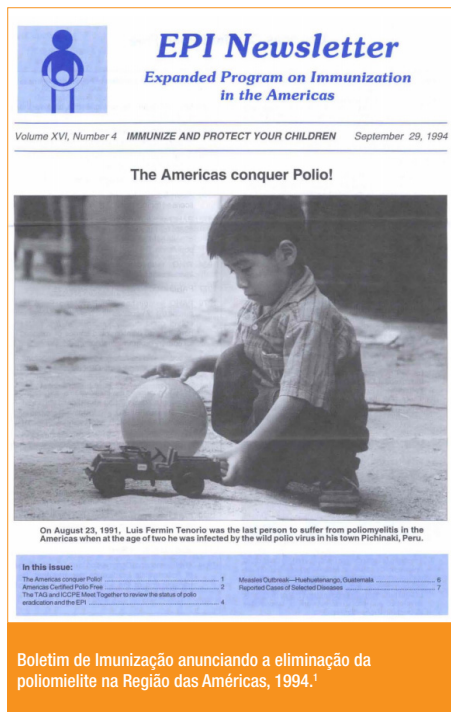
Volume XLIII Número 3

Vacine e proteja sua família

Setembro 2021

30 anos desde a derrota da poliomielite nas Américas

O último caso de poliomielite na Região das Américas foi detectado em 1991. Este ano celebramos 30 anos sem a doença! Mas o que os 30 anos sem poliomielite significam de fato?



Antes que existissem as vacinas contra a poliomielite, a doença afetava milhares de crianças no mundo todos os anos. Há não muito tempo, era comum que uma criança saudável deixasse de caminhar repentinamente, e aquelas que tinham a sorte de se recuperar ficavam com sequelas para toda a vida. As menos afortunadas passavam dias em salas de hospitais cheias de máquinas enormes que permitiam que seguissem respirando, conhecidas como pulmões de aço. Outras tantas perdiam a vida. A poliomielite era uma doença endêmica em todos os países, e quando surgia um surto, as comunidades tinham que fechar escolas e outros espaços públicos para proteger as crianças.

A descoberta da vacina contra a poliomielite, na metade da década de 1950, mudou o mundo para sempre. Quando a vacinação iniciou, rapidamente começou uma queda na doença. Era evidente que as vacinas funcionavam, e com elas se podia prevenir a doença. Após vários países conseguirem controlar a poliomielite, os líderes decidiram que eliminar a poliomielite para sempre era possível, mas apenas se fosse de forma coordenada em todos os países da Região. Assim, em 1985, todos os países da Região se comprometeram com a erradicação da poliomielite. Em 1988, o restante do mundo se juntou a essa grande empreitada.

Boletim de Imunização anunciando a eliminação da poliomielite na Região das Américas, 1994.¹

O compromisso político para erradicar a doença foi acompanhado do esforço de vacinadores que chegaram até o último recanto do continente por terra, mar e ar para que ninguém ficasse sem ser vacinado, de profissionais de campo que investigaram os possíveis casos um a um, de equipes de laboratório que confirmaram a ausência de casos e de muitos outros profissionais da saúde decididos a combater a doença para que ninguém mais fosse afetado. Desse grande trabalho participaram líderes comunitários, políticos de todas as esferas, parceiros de organizações internacionais e pais e mães convencidos de que a vacinação salva vidas.

Em uma demonstração de pan-americanismo e compromisso com a saúde, os países das Américas venceram a poliomielite em 1991. As Américas se transformaram na primeira Região do mundo a eliminar a poliomielite.

No entanto, não é suficiente ter eliminado a doença na Região, pois enquanto existirem casos em algum lugar do mundo, todas as crianças ainda estão em risco. Manter a erradicação durante 30 anos tem sido um esforço titânico em que foi preciso assegurar a vacinação contra a poliomielite em todas as crianças e

Ver **30 ANOS** na página 2

NESTA EDIÇÃO

- 30 anos desde a derrota da poliomielite nas Américas
- O que aprendi sobre manter a eliminação da poliomielite nas Américas
- Redução do risco de doenças imunopreveníveis em situações de emergência humanitária
- Situação da erradicação da poliomielite nas Américas: mantendo uma promessa
- Experiências dos chefes de programas com a sustentação da erradicação da pólio na Região
- Aceitação e comunicação da vacinação contra a poliomielite: as três principais lições que podemos aplicar à COVID-19 e à vacinação de rotina
- A transmissão e propagação internacional do poliovírus no contexto da implementação do Regulamento Sanitário Internacional: uma chamada à ação
- Rede regional de laboratórios de pólio

O que aprendi sobre manter a eliminação da poliomielite nas Américas

Por Dra. Arlene King, MD, MHSc, FRCPC, ICD.D, Presidente, Comissão Regional para a Certificação (RCC) da Erradicação da Poliomielite; Membro, Comissão Regional Africana para a Certificação da Erradicação da Poliomielite; Membro, Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite; Membro, Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS para Doenças Imunopreveníveis; Professora Adjunta, Faculdade de Saúde Pública Dalla Lana, Universidade de Toronto, Canadá

Temos o privilégio de estarmos livres da poliomielite nas Américas desde agosto de 1991. Atuo com orgulho como a Presidente da Comissão Regional para a Certificação (RCC) da Erradicação da Poliomielite desde 2013, que se apoia na independente e inicial Comissão Internacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite que, em 1994, após um extenso processo de documentação e verificação, declarou que a transmissão do poliovírus selvagem havia sido interrompida. Nosso trabalho não só segue o dessa Comissão inicial, como também segue o da Comissão Regional Americana para a Certificação da Contenção Laboratorial do Poliovírus e da Verificação do Estado Livre da Poliomielite (AMR RCC), criada em 2004.²

Sendo uma das seis RCCs no mundo, nossa tarefa é verificar de forma independente se a Região das Américas segue livre da poliomielite em um mundo em que os poliovírus têm continuado a circular e em que são constantes os riscos da importação dos poliovírus selvagens (WPV), dos poliovírus circulantes derivados da vacina (cVDPV) e da emergência de cVDPV.

A manutenção do compromisso programático com a poliomielite na falta da doença nesta Região por 30 anos tem sido uma tarefa hercúlea. Ao mesmo tempo em que mantêm a eliminação do sarampo, combatem surtos de outras doenças transmissíveis e começam novos programas de saúde pública, as equipes de profissionais de saúde pública no âmbito local, subnacional, nacional e regional seguiram mostrando uma dedicação extraordinária para nos mantermos livres da poliomielite.

Porém, estamos em um momento crítico, dada a situação econômica desafiadora em grande parte das Américas e a realocação de recursos de saúde pública para responder à pandemia da COVID-19. Desde 2010, na maioria dos países da Região, houve uma diminuição constante na cobertura de imunização, com uma queda de 10% na cobertura regional desde 2020. A pandemia da COVID-19 exacerbou essa tendência, pois os governos foram

² Organização Pan-Americana de Saúde. Contención del Poliovirus: La Región de las Américas ha cumplido con éxito la Fase 1. Boletín de Inmunización, Volumen XXXI, Número 2 Abril 2010. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54117/SNS3202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹ OPAS. Boletín de Inmunización. ¡La poliomielitis derrotada en las Américas! Año XVI, Número 4, 29 de setembro de 1994. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41097/sns1604.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30 ANOS continua da página 1

a manutenção de sistemas de vigilância sensíveis, o que é cada vez mais difícil diante da presença de outras prioridades na saúde.

Hoje nos encontramos mais perto do que nunca da erradicação mundial da poliomielite. No entanto, a pandemia da COVID-19 afetou bastante os serviços de saúde no mundo inteiro, incluindo a vacinação de rotina e a vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, pondo em risco os êxitos alcançados até então.

Os profissionais da saúde do mundo inteiro devem estar comprometidos em terminar o processo de erradicação. Hoje, mais do que nunca, devemos aprender com o caminho percorrido e, tendo as forças renovadas, olhar para o futuro para cumprir a promessa de um mundo livre da poliomielite para sempre. ■



Luis Fermín, a criança que teve o último caso de poliomielite na Região das Américas. Crédito: OPAS/OMS.

Redução do risco de doenças imunopreveníveis em situações de emergência humanitária

As emergências humanitárias provocam movimentos maciços de população, realocação temporária, aglomeração de pessoas, deterioração econômica e do meio ambiente, escassez de água potável, precarização do saneamento e manejo dos resíduos, falta de alojamento, desnutrição como resultado da escassez de alimentos e falta de acesso aos serviços de saúde.

Todos esses fatores fazem com que as populações afetadas por uma emergência humanitária se encontrem em risco de apresentar alta morbidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis (DI).³ É por isso que se pede que os programas nacionais de imunização realizem a vacinação das populações afetadas e fortaleçam a vigilância epidemiológica das DI.

Em 2013, o Grupo Técnico Assessor (GTA) sobre Doenças Imunopreveníveis da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) adotou o marco para a tomada

de decisão sobre vacinação em emergências humanitárias agudas do grupo de trabalho do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse marco é direcionado a autoridades nacionais e a agências de cooperação e propõe uma sistematização do processo decisório seguindo três passos. O marco foi publicado no Boletim de Imunização da OPAS em outubro de 2014 e continua vigente⁴.

Neste contexto, é importante priorizar a vacinação contra a poliomielite, o sarampo e a rubéola e, assim que seja possível, realizar a vacinação contra as outras DI segundo o esquema de vacinação do país. Além disso, a vacinação de populações em situação de emergência humanitária deve ser incluída no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19.

A seguir, são descritas as recomendações pontuais para a prevenção de surtos da poliomielite, do sarampo e da rubéola:

Prevenção de surtos de poliomielite

- As crianças <5 anos devem ser vacinadas contra a poliomielite. A vacinação poderia ser ampliada para incluir crianças de até 15 anos. Deve-se administrar assim que possível pelo menos uma dose da vacina oral bivalente contra a poliomielite (bOPV), independentemente do estado vacinal. É recomendada a coadministração da vacina inativada contra a poliomielite (IPV) e bOPV.
- Se não houver documentação sobre a situação de vacinação, devem ser administradas pelo menos 3 doses de bOPV, conservando os intervalos mínimos entre doses de vacinas virais recomendados pelo programa.
- Pode-se considerar a vacinação de adultos com bOPV, já que assim se pode reforçar a imunidade das mucosas e reduzir o potencial de transmissão do vírus. A decisão de ampliar a campanha para incluir os adultos deve ser tomada em consulta com a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (GPEI).
- Deve-se fortalecer a vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas, estabelecer os mecanismos adequados para realizar a busca ativa de casos e realizar testes de detecção do poliovírus.
- Revisar o plano nacional de resposta a um evento ou surto de poliomielite.

Prevenção de surtos de sarampo e rubéola

- Vacinar crianças menores de cinco anos contra o sarampo (S) e a rubéola (R). A vacinação poderia ser ampliada para incluir uma população com mais de 5 anos de idade, conforme a disponibilidade da vacina SR e consulta ao Comitê Nacional de Sustentabilidade da Eliminação do Sarampo e da Rubéola.
- Os países que concluíram a vacinação de uma coorte de suscetíveis devem planejar as campanhas de seguimento tanto quanto possível.
- Iniciar a análise de risco por município com o apoio da ferramenta da OPAS, a fim de priorizar localidades de alto risco para a vacinação e vigilância, principalmente os municípios de fronteira e com alto volume de turismo internacional.
- As equipes de resposta rápida e os planos de preparação de resposta rápida devem ser ativados e treinados para enfrentar as importações de vírus. Ficarão disponíveis dois cursos virtuais para o treinamento em resposta rápida em caso de surto de sarampo.
- Intensificar a implementação da busca ativa institucional de casos suspeitos de sarampo e rubéola, para aumentar a sensibilidade do sistema de notificação.

Essas atividades devem ser realizadas em um contexto de promoção, respeito e proteção dos direitos humanos, com uma abordagem coordenada com os parceiros da erradicação da poliomielite e da eliminação do sarampo e com agências, fundos e programas dos Sistemas das Nações Unidas.

É importante informar e envolver na tomada de decisão os diferentes comitês

assessores dos países: Grupo Técnico Assessor Nacional sobre Imunização (NITAG, na sigla em inglês), Comitê Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite e o Comitê Nacional de Sustentabilidade da Eliminação do Sarampo e da Rubéola. ■

³ Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making. OMS/IVB/13.07. Outubro de 2013. Disponível em inglês em: http://www.who.int/hac/techguidance/tools/vaccines_in_humanitarian_emergency_2013.pdf?ua=1

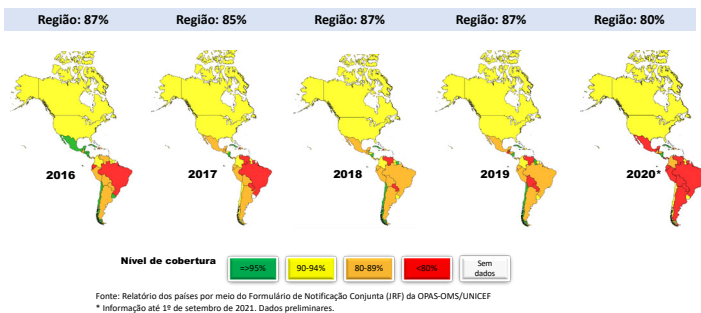
⁴ Organización Pan-Americana da Saúde. Vacunación en situaciones de emergencia. Boletín de Inmunización. Volume XXXVI Número 5. Outubro de 2014. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54230/SNS3605.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Situação da erradicação da poliomielite nas Américas: mantendo uma promessa

Trenta anos se passaram desde aquela sexta-feira de 23 de agosto de 1991, dia em que foi detectado em Junín, no Peru, o que seria o último caso de poliomielite nas Américas. Três anos depois desse evento, a Comissão Internacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CICEP) realizou uma revisão cuidadosa dos dados apresentados pelos presidentes das comissões nacionais para a certificação. Levando em consideração as provas contundentes apresentadas, a CICEP concluiu que havia sido interrompida a transmissão do poliovírus selvagem nas Américas. Ao mesmo tempo, a CICEP advertia que por ser a primeira Região do mundo onde foi interrompida a transmissão, era necessário manter uma alta cobertura de vacinação e continuar vigiando os casos das paralisias flácidas agudas (PFA) para garantir que a Região das Américas permanecesse livre da poliomielite. A manutenção da eliminação para a erradicação não tem sido fácil para nenhum dos países da Região. A CICEP já o anunciava em 1994, ao indicar que talvez a eliminação do poliovírus das Américas houvesse sido mais fácil do que manter o continente livre da doença.⁵

É por essa razão que o Grupo Técnico Assessor (GTA) sobre Doenças Imunopreveníveis da OPAS, originalmente estabelecido em 1985 para definir estratégias baseadas em evidências para a erradicação da poliomielite, revisou, em todas as 26 reuniões realizadas até o momento, a situação das coberturas de vacinação e da qualidade da vigilância epidemiológica das PFA. Durante a XXVI Reunião do GTA realizada de 14 a 16 de julho de 2021, o GTA expressou sua preocupação com a situação da cobertura de vacinação para a terceira dose da vacina da poliomielite (Polio3) em menores de 1 ano, a qual tem se mantido constantemente abaixo de 90% desde 2016 (Figura 1). Além disso, os dados preliminares para 2020 já mostram o impacto da pandemia sobre as coberturas de vacinação: a Região alcançou uma cobertura de 81% e apenas 13 países/territórios informaram uma cobertura $\geq 95\%$. No que diz respeito à vigilância, desde 2020 houve uma redução significativa no número de casos notificados de PFA em comparação com os anos pré-pandêmicos. Na semana epidemiológica 28 de 2021, três países da América Latina e Caribe não notificaram um caso sequer de PFA (Cuba, República Dominicana e Uruguai), e se observa uma redução de $\geq 50\%$ com relação à média de casos notificados nos anos pré-pandêmicos na Argentina, El Salvador, Peru, Panamá, a sub-região do Caribe, Equador, Brasil, Nicarágua e Costa Rica (Tabela 1).⁶

Figura 1: Cobertura da vacinação com Polio3 <1 ano, países das Américas, 2016-2020*



Além disso, como parte do processo para a certificação da erradicação, todos os anos a Comissão Regional para a Certificação da Fase Final da Erradicação da Poliomielite na Região das Américas (RCC, na sigla em inglês) revisa os relatórios da documentação do status da erradicação da pólio dos 34 países e 9 territórios da Região. Baseando-se nas evidências levantadas até dezembro de 2019, a RCC, em sua última reunião realizada em outubro de 2020, concluiu que todos os países e territórios da Região seguem livres de poliomielite. No entanto, expressou sua preocupação com a sustentabilidade da condição de livre de poliomielite na Bolívia, Brasil, Equador, Guatemala, Haiti, Paraguai, Suriname e Venezuela. Esses países, que representam 32,63% da população de crianças menores de um ano das Américas, têm uma cobertura de imunização baixa de forma sustentada e sistemas de vigilância fracos, o que se supõe ser uma ameaça para a emergência dos poliovírus derivados da vacina (VDPV) ou de importação e circulação posterior da poliomielite.⁷

Para apoiar o fortalecimento das atividades nos países da região, a RCC

Tabela 1: Indicadores da vigilância de PFA, 2019-2021

	2019			2020			Últimas 52 semanas*		
	Taxa	% inv. <48 h	% amostras adequadas	Taxa	% inv. <48 h	% amostras adequadas	Taxa	% inv. <48 h	% amostras adequadas
ARG	0,78	29	73	1,66	74	74	0,25	21	68
BOL	0,45	92	79	0,45	100	75	0,54	100	79
BRA	1,1	98	64	0,56	98	67	0,45	99	63
CAN	0,44		38		29	29			
CAR	0,44	100	88	0,23	25	25	0,11	0	50
CHL	1,68	89	68	1,78	66	66	1,28	72	45
COL	1,31	75	83	0,77	75		0,80	71	84
CRI	1,5	94	81	1,32	93	93	0,57	83	67
CUB	1,54	75	93	1,16	95	95	0,39	86	86
DOM	0,84	28	92	0,37	55	55	0,2		33
EQU	1,08	73	67	0,33	81	63	0,19	56	67
GTM	1,19	85	77	0,96	79	74	0,73	86	64
HND	1,51	67	93	1,55	90	90	1,25	79	87
HTI	0,38	86	43	0,22	38	38	0,19	71	57
MEX	2,51	100	88	1,42	82	82	1,2	99	78
NIC	1,28	100	100	0,92	78	78	0,72	86	64
PAN	0,5	67	100	0,96	100	100	0,26	100	100
PER	1,5	75	67	0,55	64	69	0,26	67	62
PRY	1,26	88	92	0,92	58	58	0,92	95	68
SLV	1,96	50	91	0,99	25	94	0,46	50	88
URY	1,13	100		0,14	100	100	0,14		100
USA									
VEN	1,31	99	73	0,95	95	51	0,85	92	68
Total**	1,48	86	78	0,81	86	70	0,61	89	72

* 2020/35 - 2021/33

** Excluindo EUA



Fonte: Sistema de vigilância - Integrated Surveillance Information System (ISIS), Polio Eradication Surveillance System (PESS) e relatórios dos países a FPL-IM/OPAS. * Dados até 7 de setembro de 2021

formula todos os anos recomendações gerais e específicas para os países, as quais são compartilhadas com os Comitês Nacionais para a Certificação e as autoridades nacionais.

Por sua vez, o GTA oferece recomendações para a Região a fim de manter a promessa de uma Região livre de poliomielite. As recomendações emitidas na última reunião do GTA, em julho de 2021, são enumeradas a seguir:

- O GTA respalda a Estratégia Mundial de Erradicação da Poliomielite 2022-2026 da Iniciativa Global para a Erradicação da Pólio: "cumprindo uma promessa", a qual deverá ser adotada pelos países das Américas.⁸
- O GTA está especialmente preocupado com a cobertura inadequada da vacinação contra a poliomielite e com os sistemas de vigilância necessários para manter e verificar a erradicação da poliomielite nas Américas e teme que, a menos que sejam melhorados urgentemente, haverá surtos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1, na sigla em inglês) e/ou poliovírus derivado da vacina (cVDPV, na sigla em inglês) na Região. O GTA pede aos países que alcancem uma cobertura de 95% com a vacina Polio3 e recomenda encarecidamente que os governos invistam recursos para alcançar e manter esse objetivo. A meta da cobertura de vacinação se aplica também à primeira e segunda dose com a vacina inativada contra a poliomielite (IPV, na sigla em inglês).
- O GTA considerou os resultados da revisão sistemática da imunogenicidade da IPV avaliada pelo Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE, na sigla em inglês) da OMS. O GTA considerou os critérios previamente avaliados sobre o uso da IPV como primeira dose para prevenir os casos da poliomielite parálitica associada à vacina oral contra a pólio (VAPP, na sigla em inglês), bem como a necessidade de manter a imunidade intestinal mediante a administração da vacina oral bivalente contra a poliomielite (bOPV, na sigla em inglês). O GTA recomenda o seguinte esquema de vacinação para os 13 países que ainda não introduziram a segunda dose de IPV (Tabela 2).

Tabela 2: Recomendação regional para o calendário de vacinação contra a poliomielite, Américas, 2021

Esquema de vacinação	Esquema básico			Reforços	
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
	2 meses	4 meses	6 meses	12-18 meses	4-5 anos
	IPV	bOPV	IPV	bOPV	bOPV

Ver **ERRADICAÇÃO** na página 4

⁵ Organização Pan-Americana da Saúde. Boletim de Imunização (Boletim Informativo PAI); v.16, 1994. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41097>.

⁶ Organização Pan-Americana da Saúde. XXVI Reunião do Grupo Técnico Assessor da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis. 14-16 de julho de 2021. Reunião virtual. Informe final. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54833> (em inglês).

⁷ Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório da 12ª Reunião da Comissão Regional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite na Região das Américas. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents/relatorio-da-12a-reuniao-da-comissao-regional-para-certificacao-da-erradicao-da-poliomielite>

⁸ Global Polio Eradication Initiative. Delivering on a Promise: Polio Eradication Strategy 2022-2026. Versão pré-publicação, de 10 de junho de 2021. Disponível em inglês em: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/06/polio-eradication-strategy-2022-2026-pre-publication-version-20210609.pdf>

ERRADICAÇÃO continua da página 3

- Os países que já introduziram duas doses de IPV podem considerar a adoção desse esquema ou considerar o intervalo de 4 meses entre a IPV1 e a IPV2. A decisão final deve ser baseada em uma análise programática e epidemiológica.
- O GTA felicita o Equador por haver realizado um estudo sobre a eficácia do uso de doses fracionadas de IPV. Os resultados desse estudo deverão ser utilizados para determinar se o esquema atual é adequado ou se são necessárias mudanças.
- Dadas as limitações da pandemia da COVID-19, o GTA não recomenda que os países suspendam o uso da bOPV por um calendário de vacinação só com IPV neste momento.
- O GTA apoia as recomendações dadas pelo SAGE com relação à intercambiabilidade da vacina inativada contra a poliomielite de cepas Sabin (sIPV, na sigla em inglês) e a vacina inativada contra a poliomielite de cepas selvagens (wIPV, na sigla em inglês). Neste momento, não se recomenda o uso da sIPV como dose fracionada.
- Dado que a taxa de PFA da Região reportou só um leve aumento de 2014 a 2019 (1,19 e 1,33, respectivamente) e a adequação da coleta de amostras de fezes tem se mantido constante durante o mesmo período (76% e 77%, respectivamente), o GTA recomenda que se façam esforços para melhorar o rendimento de ambos os indicadores para evitar que casos de paralisia causados por poliovírus não sejam detectados oportunamente.
- Levando em consideração a forte redução da cobertura de vacinação e das taxas de vigilância, os países com risco de surtos (Haiti e Bolívia) ou em risco devido aos movimentos de população de risco (Haiti e Bolívia) ou em risco devido a movimentos de população com um país de alto risco (República Dominicana) deverão considerar coletar uma segunda amostra de fezes dos casos de PFA. Dada a carga de trabalho e os custos da coleta de uma segunda amostra, esses países deverão aplicar essa recomendação temporariamente enquanto reforçam o programa de vacinação e os sistemas de vigilância.
- Se não for possível coletar uma amostra de fezes de um caso de PFA nos 14 dias seguintes no início da paralisia ou se uma amostra de fezes chegar ao laboratório em mau estado, o GTA recomenda que seja coletada uma amostra de três contatos, preferivelmente de familiares, contatos domésticos, vizinhos ou companheiros de brincadeiras (todos menores de cinco anos de idade).
- O GTA recomenda encarecidamente a aplicação sistemática da visita de acompanhamento aos 60 dias para avaliar a presença de paralisia residual (atualmente se realiza em menos de 20% dos casos).
- A vigilância ambiental é um complemento excelente ao sistema de vigilância nacional. No entanto, levando em consideração seu custo elevado, um país deverá considerar sua implementação só depois de melhorar a sensibilidade de seus sistemas de vigilância de PFA. ■

Experiências dos chefes de programas com a sustentação da erradicação da pólio na Região

No marco da celebração dos 30 anos desde o último caso de pólio na Região das Américas, a OPAS convidou os chefes dos programas de imunização que há mais tempo trabalham no programa para que compartilhassem as lições aprendidas, recomendações e conselhos para a manutenção da erradicação da pólio e para a fase final da erradicação.

Roberto Arroba: “só trabalhando em equipe podemos ter bons resultados”



Roberto Arroba.

Roberto trabalha há 12 anos com imunização na Costa Rica e, embora pense que ao princípio não tenha sido fácil, foi adquirindo conhecimento e experiência a partir de lições compartilhadas por colegas e por meio de capacitações realizadas pela OPAS. Para ele, a OPAS é uma aliada dos países na capacitação e no desenvolvimento de guias que apoiam o trabalho.

Roberto se descreve como uma ponte que serviu para unir os diferentes agentes dentro e fora do país, sendo esta sua maior contribuição à manutenção da erradicação da pólio na Costa Rica. Em suas palavras, “só trabalhando em equipe podemos ter bons resultados”.

Em comparação com quando iniciou seu trabalho como chefe do PAI, Roberto considera que hoje há mais desafios, pois as coberturas diminuíram e é mais difícil manter uma vigilância de qualidade. Apesar de estarmos centrados nas atividades de vacinação contra a COVID-19, não podemos nos esquecer das demais doenças imunopreveníveis. Para isso, ele crê que se deve dar conta da importância do trabalho que realizamos e se lembrar constantemente por que vacinamos, o que estamos prevenindo e o que aconteceria se a doença ressurgisse. Para revitalizar o programa, Roberto considera que é necessário seguir na linha de assegurar esquemas completos com coberturas maiores de 95% e investigar imediatamente todos os casos de paralisia flácida aguda (PFA), pois,

como ele diz: “temos de ser novamente a Região modelo que éramos”.

Roberto aconselha as pessoas que recentemente chegaram ao programa a escutar os conselhos de quem tem mais experiência, buscar o trabalho em equipe e realizar atividades de treinamento contínuo.

Nora Villatoro: “não podemos perder os êxitos alcançados”

Nora começou a trabalhar no programa de imunização de El Salvador em 2005. Desde então, avalia as coberturas de vacinação e o desempenho dos indicadores periodicamente com sua equipe, incluindo colegas de epidemiologia e de laboratório; e é isso o que ela considera como sua maior contribuição para a manutenção da erradicação da pólio em El Salvador.

Para Nora, a gestão do programa apresentou diferentes desafios e oportunidades ao longo do tempo. Por um lado, se antes era mais simples realizar as atividades porque todas as diferentes ações eram de responsabilidade do programa, hoje é necessário coordenar com diferentes agentes. Por outro lado, são muitas lições aprendidas e muitos anos de experiências.

Diante das dificuldades atuais para realizar as atividades de vacinação e de vigilância epidemiológica no contexto da pandemia da COVID-19 e visando revitalizar o programa, Nora considera que devemos nos lembrar do risco latente de reintroduzir a pólio e ressalta: “não podemos perder os êxitos alcançados”. Para manter o compromisso das equipes em todos os níveis do programa, ela utilizou diferentes meios para compartilhar informação com a equipe e manter a comunicação ativa. Como a população ainda tem receio de acessar os serviços de saúde devido à pandemia, foram instalados estabelecimentos de vacinação fora das unidades. Para melhorar a vigilância, são realizadas buscas ativas institucionais.

Nora considera que um dos trabalhos importantes da OPAS é manter a pólio e as demais doenças imunopreveníveis dentro da agenda política, além de apoiar o intercâmbio de experiências e lições aprendidas entre os países.

A recomendação de Nora para todos os profissionais de saúde que recentemente chegaram ao programa é que se apoiem nos especialistas. Ela considera um privilégio ter contado com o acompanhamento de pessoas que a ensinaram ao longo do caminho e ressalta a importância de contar com o apoio dos chefes do programa de todos os países da Região.

Ida Berenice Molina: “a eliminação é um compromisso com a população”



Ida Berenice Molina.

Há 29 anos, quando Ida Berenice terminou sua formação acadêmica, ofereceram a ela que liderasse o programa de imunização sob a advertência de que este era o programa prioritário do país. Desde então, ela assumiu a chefia do programa de imunização em Honduras. Ida contribuiu para sistematizar o planejamento estratégico e administrar a gestão a nível nacional e internacional para alcançar as metas estabelecidas. Além disso, conseguiu transformar o planejamento em ações que são realizadas no nível local para alcançar os objetivos. Ida Berenice mantém uma análise permanente da situação para guiar o planejamento das ações.

Sustentar a erradicação da pólio é um desafio permanente, pois é necessário manter coberturas altas todos os anos e uma vigilância epidemiológica sensível das paralisias flácidas agudas. No entanto, ela considera que manter sistemas de vigilância sensíveis é mais fácil agora do que antes, já que há mais facilidades como a tecnologia, a acumulação de experiência, o acesso a mais capacitações, as ferramentas para o microplanejamento, o monitoramento permanente e a prestação de contas. Nesse sentido, a OPAS/OMS tem um papel importante ao monitorar o desempenho dos países no cumprimento das estratégias da erradicação da poliomielite e assegurar que a vacinação seja mantida como uma prioridade política. No entanto, apesar da incidência política permanente em âmbito

EXPERIÊNCIAS continua da página 4

regional, Ida Berenice declara que é necessário que os países tenham clareza de que a erradicação da pólio é uma responsabilidade nacional, o que implica a alocação de recursos, já que “a eliminação é um compromisso com a população”.

Para as pessoas que recém chegaram ao programa de imunização, ela aconselha que trabalhem em equipe, assegurando-se de contar com o apoio de pessoas comprometidas em todos os níveis. Além disso, lembra que o programa necessita do trabalho multidisciplinar.

Jazmina Umaña: “já não podemos trabalhar sós”



Jazmina Umaña.

Jazmina trabalha no programa de imunizações há 11 anos e, em 2014, assumiu o posto de coordenadora nacional na Nicarágua. Ela considera que sua maior contribuição para manter a erradicação da pólio é coordenar a equipe que realiza as atividades. Ressalta que,

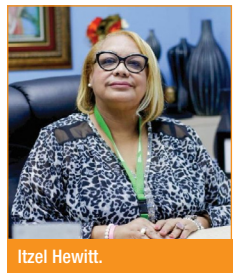
para trabalhar no programa de imunizações, tem que gostar. Como ela diz: “se não gostar do programa, não vai se apaixonar”.

De acordo com sua experiência, manter a vigilância epidemiológica é mais difícil hoje do que quando ela começou a trabalhar, pois não é fácil manter nas pessoas a percepção do risco já que tantos anos se passaram sem casos confirmados de pólio. Ela considera que a percepção do risco é fundamental para o fortalecimento do sistema. Para isso, deve-se aproveitar a avaliação de risco para poder definir onde e como influenciar, estabelecendo ações interprogramáticas que permitam reduzir o risco.

Para revitalizar o programa, Jazmina opina que se deve criar um modelo de saúde inclusivo e integrado, pois “já não podemos trabalhar sós”. Ela explica: “devem ser mantidas as orientações e objetivos, mas integrando-os à saúde universal. Deve-se aproveitar todos os espaços de capacitação e não descuidar de nenhum componente do programa”.

Jazmina se define como uma pessoa privilegiada por ter contado com o apoio da OPAS. Ela pensa que o papel dos assessores da OPAS, que têm uma visão externa, mas trabalham como parte da equipe, é fundamental. Além disso, ela reconhece a importância de contar com guias e manuais regionais que orientam o trabalho do país e agradece o apoio financeiro para realizar atividades essenciais no país.

Itzel Hewitt: “a maior satisfação é o dever cumprido”



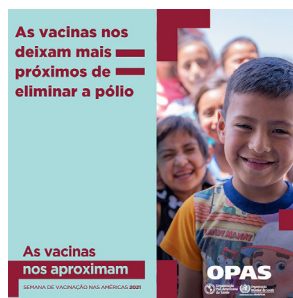
Itzel Hewitt.

Itzel trabalha como coordenadora do programa de imunização do Panamá em nível nacional desde 2008. Nas palavras de Itzel, “criar um sentido de pertencimento, reforçar o espírito, o empoderamento e a paixão pelo programa” em todas as pessoas

que trabalham com imunização é a chave para assegurar uma equipe comprometida com o trabalho e para conseguir manter a eliminação da pólio no Panamá. Quando empoderamos quem trabalha no programa, asseguramos o resultado. Sem dúvida, Itzel desempenhou um papel muito

importante para assegurar o bom desempenho do programa ao longo dos anos. Ela considera que uma de suas grandes contribuições foi a implementação das visitas domiciliares para complementar a revisão de arquivos de vacinação, que é realizada dentro das unidades de saúde. Ela trabalhou com a OPAS e outros parceiros estratégicos para visibilizar as ações necessárias, além de assegurar a continuidade das atividades de vigilância e vacinação. Itzel aproveita as atividades adicionais que são realizadas, como a Semana da Vacinação nas Américas e das campanhas nacionais de colocar em dia para incluir atividades relacionadas com a pólio. Essas ações se mostraram efetivas também em tempos da pandemia da COVID-19.

Aceitação e comunicação da vacinação contra a poliomielite: as três principais lições que podemos aplicar à COVID-19 e à vacinação de rotina



Com o passar dos anos, as campanhas bem-sucedidas de comunicação de vacinação contra a poliomielite e m p r e g a r a m uma mistura de abordagens de comunicação do risco, participação da comunidade,

comunicação para o desenvolvimento e comunicação de crises que também ajudaram a sustentar os avanços do programa de vacinação da Região até o momento. Agora essas abordagens de comunicação devem ser adaptadas para proteger esses ganhos. Além disso, podemos aprender de experiências com a comunicação e aceitação da vacinação para a poliomielite e aplicar esse conhecimento à imunização de rotina e contra a COVID-19. A seguir, três lições importantes e relevantes que podem ser consideradas para as atividades de vacinação em curso. Essas três lições são estreitamente interconectadas.

1. Compreender os fatores que influenciam as decisões e criar normas para vacinação

A decisão de ser vacinado (seja um pai/uma mãe levando seu filho ou filha para receber uma vacina contra a poliomielite ou uma pessoa com condições crônicas em busca da vacinação contra a COVID-19) é influenciada por vários fatores complexos: a confiança no programa de vacinação, a facilidade de acesso a serviços de vacinação de qualidade e o apoio da família/amigos à vacinação, entre outros. A coleta de dados sociais e comportamentais para compreender esses fatores pode ajudar a direcionar intervenções para o público-alvo e grupos populacionais. Ao passo que isso acontece, pode-se seguir reforçando a vacinação como uma norma e como valor para a comunidade, e é algo que o programa de vacinação contra a poliomielite fez muito bem.

2. Engajar com líderes comunitários confiáveis

As campanhas contra a poliomielite por muito tempo contaram com o apoio de líderes comunitários confiáveis para ajudar a criar normas para a vacinação; esses líderes podem incluir pessoas que atuam nas esferas religiosas, governamentais locais, da sociedade civil ou educacionais. Quando esses líderes trabalham junto para a vacinação, eles podem ajudar a promover a vacinação entre os grupos populacionais que buscam neles uma orientação confiável. Esses líderes não só ajudam a servir

Itzel opina que a vacinação contra a COVID-19 permitiu que agentes de alto nível que antes não estavam envolvidos nas ações do programa conhecessem agora, desde o processo de aquisição das vacinas até a aplicação do biológico, o que resulta em uma maior consciência sobre a importância da vacinação e uma oportunidade para o programa.

Para os profissionais da saúde que chegaram recentemente ao programa de imunizações, Itzel os aconselha a aproveitar o contato com as crianças para rever os esquemas de vacinação e completar naquelas que faltam.

Com paixão, Itzel afirma que, para ela, “a maior satisfação é o dever cumprido”. ■

de exemplo para suas comunidades a favor da vacinação, mas também podem ajudar a entender o que a comunidade pensa sobre o assunto: quais as dúvidas que a comunidade tem sobre a vacinação? Quais são os mitos e os rumores circulando sobre as vacinas ou vacinadores? Quais são as lacunas identificadas que os serviços de saúde precisam abordar para ter mais sucesso nas campanhas de vacinação?

Dessa forma, os líderes comunitários podem tanto defender a vacinação como compartilhar mais especificamente o que as suas comunidades pensam.

3. Aumentar a confiança nos profissionais da saúde

Os profissionais da saúde que administram as vacinas contra a poliomielite têm uma reputação especial em todo o mundo por serem indivíduos extremamente dedicados e que se preocupam profundamente com a proteção de cada criança pelo poder que a vacina tem de salvar vidas; são conhecidos por serem apaixonados e dispostos a viajar nas condições mais difíceis para poder vacinar. Porém, esses esforços heroicos não seriam nada se as comunidades não confiassem nos profissionais da saúde e nas vacinas que eles levam.

Muitos estudos revelaram que os profissionais da saúde são as fontes mais confiáveis de informação sobre vacinação em suas comunidades. É por isso que fazer com esses indivíduos confiáveis se juntem à campanha de vacinação é tão importante para conseguir uma alta captação dos serviços de vacinação em uma comunidade. Para aproveitar ao máximo essa situação, é importante investir nos profissionais da saúde para que eles possam manter relações positivas e de confiança com as comunidades servidas; direcionar aos profissionais da saúde intervenções específicas de informação, educação e comunicação (IEC) para que eles tenham a informação correta para fazer bem o trabalho deles; e treiná-los em comunicação interpessoal sobre vacinação, de maneira que eles possam responder com empatia às perguntas e dúvidas que suas comunidades têm sobre vacinação.

Leia mais:

GPEI. “Polio prevention: The Communities”. Disponível em inglês em: <https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-communities/>

“The Polio Communication Global Strategy”. Disponível em inglês em: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Polio-Communications-Global-Guide-Part-1-or-4_Jan2016_EN.pdf ■

A transmissão e propagação internacional do poliovírus no contexto da implementação do Regulamento Sanitário Internacional: uma chamada à ação

Com a entrada em vigência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em junho de 2007, os Estados Membros se comprometeram a notificar a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) toda potencial emergência de saúde pública de importância internacional, e a OPAS, por sua vez, a avaliar essas notificações e, quando pertinente, declarar uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) sempre e quando se cumpram os requisitos e procedimentos requeridos para tal declaração.⁹

Segundo consta no mesmo Regulamento, uma ESPII é um evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública de outros Estados devido à propagação internacional e que requer uma resposta internacional coordenada. Desde sua implementação até o momento, cinco ESPII foram declaradas, duas das quais continuam vigentes: a pandemia atual pela COVID-19 e a relacionada à disseminação internacional do poliovírus.¹⁰ Na verdade, no dia 5 de maio de 2014, foi declarado que a disseminação internacional do poliovírus selvagem constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional e foram formuladas recomendações temporárias a fim de deter tal propagação por meio de uma resposta internacional coordenada.¹¹

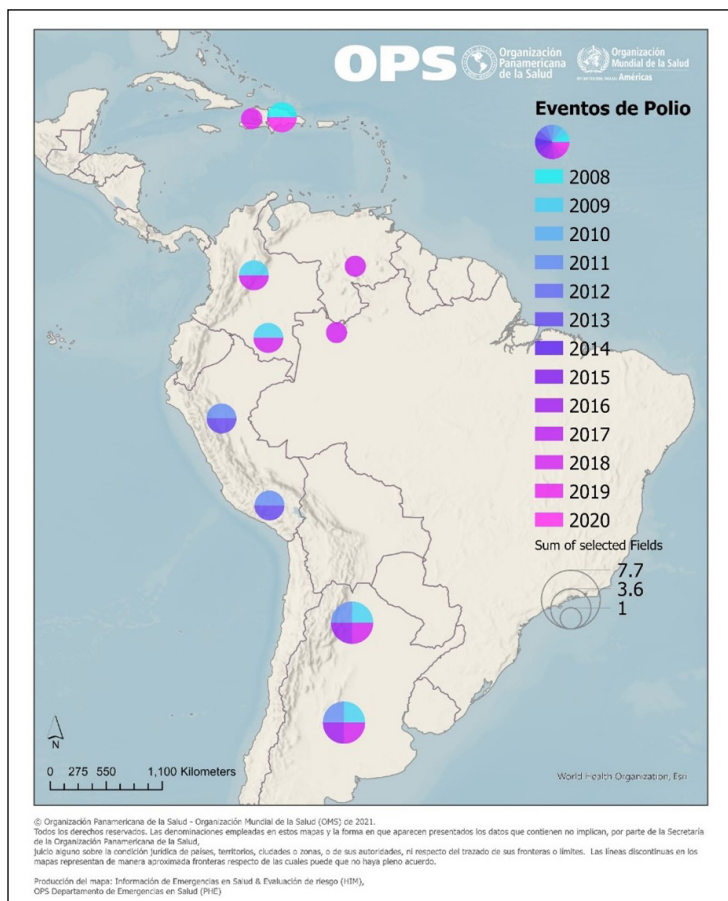
Em 20 de agosto de 2021, depois de receber a avaliação do Comitê de Emergências que assessora o Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) no que se refere à emergência pela disseminação internacional da pólio, o diretor reiterou que a emergência continuava vigente, assim como as recomendações temporárias formuladas previamente.¹²

Na Região das Américas, os Estados Membros continuam com o compromisso de manter os níveis requeridos de cobertura de vacinação contra a pólio, bem como de manter uma vigilância adequada da paralisia flácida aguda (PFA) e de notificar por meio do Ponto Focal Nacional (PFN) para o RSI qualquer detecção em fontes humanas ou não humanas de:

- poliovírus selvagem
- poliovírus derivado da vacina (tipo 1, 2 ou 3)
- e vírus de tipo 2 Sabin/Sabin-like.

Desde 2008 até a data na Região, foram notificados para a OPAS/OMS 12 eventos relacionados à pólio, os quais ocorreram em 6 países. A fonte inicial de informação em 8 (67%) desses eventos foi o PFN para o RSI. A média do tempo transcorrido entre o início de sintomas do caso e da notificação foi de 74 dias (intervalo de 33 a 272 dias). Ver a **Tabela 3** e a **Figura 2** a seguir. Nenhum desses eventos se estendeu além da área de ocorrência ou teve disseminação internacional. No entanto, a redução da cobertura de vacinação contra a pólio na maioria dos países e territórios da Região somados ao enfraquecimento da vigilância de PFA ocasionado pela pandemia da COVID-19 é uma advertência sobre o risco de reintrodução da pólio nas Américas.

Figura 2. Distribuição dos eventos de pólio notificados na Região das Américas segundo o ano de ocorrência



Fonte: OPAS/OMS, 2021.

Tabela 3. Eventos de pólio notificados pelos países da Região das Américas, 2008 a 2021 (agosto)

Ano	País	Evento	Notificação realizada por	Data de início dos sintomas (DIS)	Data de notificação à OPAS/OMS	Tempo estimado entre DIS e data de notificação à OPAS/OMS (dias)
2008	República Dominicana	Poliovírus vacinal Sabin tipo 1 S1	PFN	31-12-2007	12-05-2008	133
2009	Argentina	Poliovírus vacinal relacionado à imunodeficiência (iVDPV) S1	PFN	N/D	28-05-2009	N/D
2009	Colômbia	Poliovírus tipo vacinal 2	PFN	15-07-2009	14-09-2009	61
2011	Argentina	Poliovírus vacinal relacionado à imunodeficiência (iVDPV) tipo 1	OMS	29-04-2011	25-07-2011	87
2011	Peru	Poliovírus tipo vacinal 2	OMS	11-04-2011	08-06-2011	58
2013	Peru	Poliovírus vacinal relacionado à imunodeficiência (iVDPV)	PFN	N/D	24-06-2013	N/D
2016	Argentina	Poliovírus tipo vacinal 2	PFN	02-03-2016	01-08-2016	152
2018	Argentina	Poliovírus vacinal relacionado à imunodeficiência (iVDPV)	PFN	20-11-2018	23-12-2018	33
2018	Colômbia	Poliovírus vacinal relacionado à imunodeficiência (iVDPV)	Instituição do Governo	01-03-2018	22-06-2018	133
2018	Venezuela	Pólio associada à vacina (VAPP)	Outro	29-04-2018	07-06-2018	39
2019	Haiti	Poliovírus vacinal, Sabin tipo 3, em um caso de PFA	OMS	213-02-2019	12-11-2019	272
2020	República Dominicana	Poliovírus vacinal, Sabin tipo 3, em um caso de PFA	PFN	26-05-2020	10-07-2020	45

N/D: Dado não disponível.

⁹ Assembleia Mundial da Saúde, 56. (2003). Revisión del Reglamento Sanitario Internacional. Organización Mundial de la Salud. Disponível em espanhol em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80222>

¹⁰ Comitês de Emergências do Regulamento Sanitário Internacional. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-emergency-committees>

¹¹ Declaração da OMS sobre a reunião do Comitê de Emergências do Regulamento Sanitário Internacional para examinar a propagação internacional de poliovírus; 5 de maio de 2014. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus>

¹² Statement of the Twenty-Ninth Polio IHR Emergency Committee; 20 de agosto de 2021. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/news/item/20-08-2021-statement-of-the-twenty-ninth-polio-ihr-emergency-committee>

Rede regional de laboratórios de pólio

Desde que foi definida a meta de eliminação da poliomielite na Região das Américas em 1985, reconheceu-se como essencial para o programa de erradicação (eliminação) a vigilância virológica dos poliovírus, o que facilitou a compreensão sobre a epidemiologia da poliomielite na Região, permitiu identificar zonas de transmissão de poliovírus selvagem e forneceu evidência fundamental para certificar que a meta de erradicação havia sido alcançada.

Em 1986, a OPAS estabeleceu uma Rede Regional de Laboratórios de Pólio com a cooperação dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, com o propósito de oferecer aos programas de imunização da Região os dados virológicos por meio de testes de isolamento e tipagem do poliovírus. A rede foi construída com base em laboratórios de saúde pública com alta capacidade e estrategicamente localizados em países da Região. É assim que inicialmente se formaram 10 laboratórios localizados em 8 países.

Com base na capacidade técnica desses laboratórios, a estrutura da rede se definiu em três grupos:

- Laboratórios grupo 1, com capacidade para isolamento e tipagem viral
- Laboratórios grupo 2, com capacidade adicional para caracterizar os poliovírus isolados por hibridização com sondas de ácidos nucleicos ou por reação em cadeia da polimerase (PCR, na sigla em inglês)
- Laboratórios grupo 3, com capacidade adicional para realizar sequenciamento genético e desenvolvimento de novos ensaios ou produção de reagentes.

A criação da rede ofereceu a oportunidade de fortalecer o diagnóstico por laboratório mediante a padronização, avaliação e implementação dos métodos para realizar a vigilância virológica na Região. O fundamento foi manter a sensibilidade para isolar ou recuperar o poliovírus nos cultivos celulares e garantir a exatidão na tipagem dos vírus.

A rede também promoveu a coordenação entre a vigilância de campo e a laboratorial, ao identificar áreas de transmissão do poliovírus selvagem que se convertiam em locais para intensificar as atividades de vacinação contra a pólio. Essa comunicação assertiva também permitiu melhorar a coleta e remissão das amostras, além de definir prioridades para o processamento das amostras em momentos em que a quantidade de amostras recebidas no laboratório superavam a capacidade de processamento destas.

Desde o início da rede, os procedimentos de controle de qualidade e participação em testes de competência técnica foram considerados critérios relevantes para aumentar a confiabilidade dos resultados que os laboratórios geravam.

A informação providenciada pela rede também foi útil para retirar do uso alguns dos testes utilizados como ferramenta de confirmação de um caso de poliomielite, por exemplo, a sorologia, por causa do uso maciço de vacinas contra a pólio que geravam um estímulo no sistema imune da população infantil, razão pela qual não era possível definir uma correlação entre a concentração de anticorpos e um caso de infecção pelo vírus selvagem.

Os desenvolvimentos tecnológicos foram sendo incorporados à rede, assim como os ensaios moleculares para a tipagem dos poliovírus foram sendo introduzidos paulatinamente, passando da hibridização com sondas aos testes de PCR convencional, PCR em tempo real e ao sequenciamento genético.

É importante ressaltar que a rede de laboratórios foi evoluindo com os programas, e também destacar algumas iniciativas, como a adotada pelos países do Caribe de língua inglesa de eliminar o sarampo até 1995, permitindo assim projetar a ampliação dos serviços da rede de laboratórios de pólio para outras doenças imunopreveníveis.

A pesquisa aplicada tem sido de grande relevância para os programas. É assim que as recomendações sobre a análise de amostras de fezes, as amostras de contatos, o uso de linhagens celulares, entre outros, têm permitido ajustes ao programa. Por fim, deve-se reconhecer que a rede não seria a mesma sem o compromisso e trabalho árduo de todas as pessoas que foram ou continuam sendo parte dela. São elas que têm permitido que a vigilância laboratorial dos poliovírus esteja sendo realizada há mais de 35 anos na Região das Américas. Todos merecem reconhecimento pelo trabalho, esforço e dedicação.

Também são múltiplos os desafios enfrentados pela rede de laboratórios, entre eles: amostras inadequadas, capacidade de conservação de amostras a uma temperatura adequada, dados mínimos recebidos de cada amostra, dotação suficiente e oportuna de equipamentos, reagentes e suprimentos, além da capacidade para reter pessoal treinado de laboratório. A maioria desses desafios se torna mais evidente com o tempo, quando a atenção sobre os programas tiver diminuído, talvez como consequência de uma percepção baixa do risco e da necessidade de atender outros programas prioritários de saúde pública.

Nos últimos anos, os países vêm colocando mais exigências para a importação de amostras biológicas em seus territórios, dificultando a recepção oportuna de amostras e reagentes biológicos nos laboratórios de referência. Além disso, os custos de serviços de transporte internacional aumentaram de forma exorbitante, comprometendo grande quantidade dos recursos financeiros alocados aos programas de vigilância.

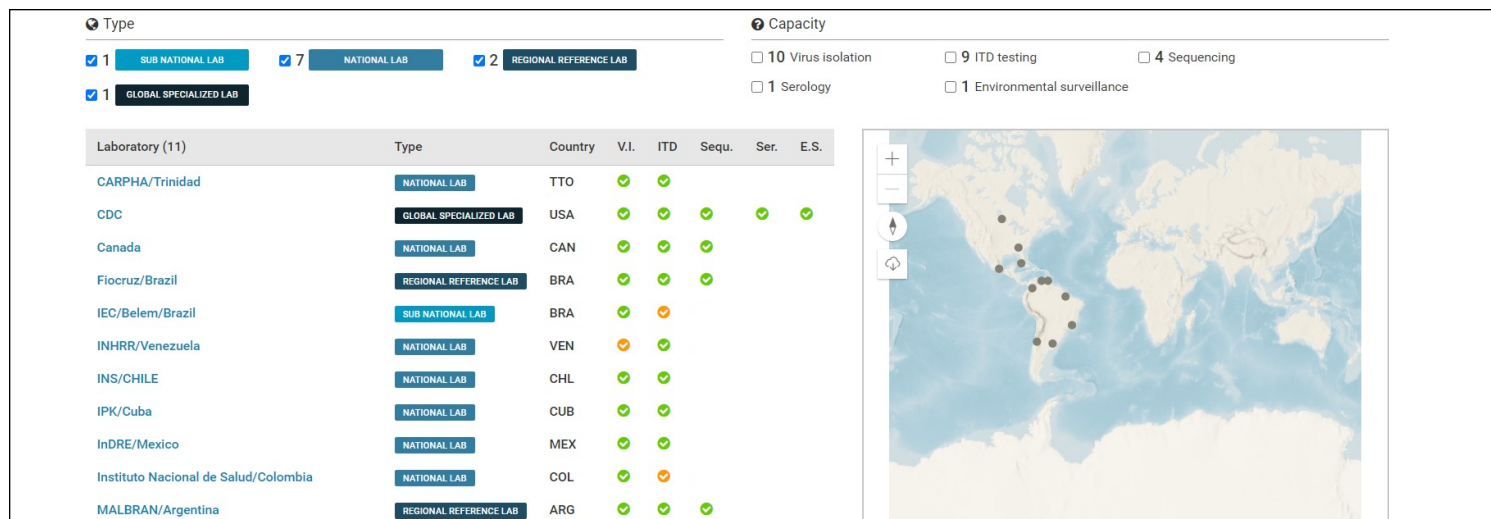
Desde 2009, 11 laboratórios em 9 países (Argentina, Brasil, Canadá, Colômbia, Chile, Cuba, Estados Unidos, México e Venezuela) formam a rede regional de laboratórios de pólio. Atualmente, a capacidade técnica instalada nos laboratórios é: 11 com isolamento viral e diferenciação intratípica (por PCR em tempo real); 4 com sequenciamento genético; a vigilância ambiental de poliovírus tem sido intermitente; e os testes sorológicos para avaliar a imunidade populacional atualmente só são realizados em um laboratório da rede, havendo outro laboratório com capacidade para realizar estudos (ver **Figura 3**).

A nova estratégia do programa de erradicação da pólio 2022-2026 da OMS, denominada "Cumprindo uma promessa", propõe que os resultados laboratoriais sejam notificados no prazo de 21 dias. Para isso, espera-se que novos ensaios sejam incorporados nos laboratórios e se expandam as capacidades para realizar o sequenciamento dos poliovírus; também se propõe expandir a vigilância ambiental dos poliovírus como complemento da vigilância das paralisias flácidas agudas.

O novo plano estratégico faz um convite para que se otimizem os recursos e se elabore um plano de priorização que seja factível. Esses novos desafios devem ser abordados pelos países e os laboratórios, com o apoio dos parceiros e da OPAS/OMS.

Em síntese, a rede de laboratórios de pólio permitiu manter a vigilância por laboratório de poliovírus na região, facilitando a capacidade de resposta dos países. As instituições com laboratório de pólio apoiaram a resposta às doenças virais transmissíveis com base em suas competências técnicas, entre estas, a capacidade para cultivos celulares, o isolamento viral, ensaios sorológicos (soroneutralização, ELISA) e ensaios moleculares (hibridização com sondas, PCR, sequenciamento). Igualmente, a rede reuniu os requisitos técnicos de uma rede de laboratórios, entre elas, os testes de laboratório padronizados, o controle de qualidade, a participação em testes de competência, a transferência de tecnologia, a capacitação, a supervisão e a comunicação. ■

Figura 3. Tipos de laboratórios e capacidade técnica instalada



O *Boletim de Imunização* é publicado quatro vezes ao ano, em inglês, espanhol, francês e português, pela Unidade de Imunização Integral da Família da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS). A finalidade deste boletim é facilitar o intercâmbio de ideias e informações com respeito aos programas de imunização na Região e além.

As referências a produtos comerciais e a publicação de artigos assinados no boletim não constituem endosso pela OPAS/OMS, nem representam necessariamente a política da Organização.

ISSN 1814-6260

Volume XLIII Número 3 • Setembro 2021

Temos o prazer de comentar que com o apoio da Unidade de Gestão do Conhecimento de OPAS, todos os Boletins de Imunização de 1979 até o presente, existem no Repositório Institucional (IRIS), que pode ser encontrado aqui: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33674>

Editores: Octavia Silva, Martha Velandia e Cuauhtemoc Ruiz Matus

©Organização Pan-Americana da Saúde, 2021
Todos os direitos reservados

Unidade de Imunização Integral da Família

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<https://www.paho.org/pt/topicos/imunizacao>



OPAS

KING continua da página 1



Dra. Arlene King.

obrigados a realocar recursos já escassos para as operações de resposta a emergências.¹³ O acesso aos serviços de saúde continua sendo limitado por causa das exigências da resposta à pandemia, com quedas previstas na cobertura de imunização em 2021 e queda projetada de 9,1% no produto interno bruto (PIB) regional. Como consequência, ainda se aguarda o impacto total da pandemia nos programas de imunização.

Por outro lado, o progresso regional na identificação, quantificação, destruição e contenção dos poliovírus em instituições tem sido exemplar. Com base na revisão de 23 relatórios anuais de 2019 (22 relatórios de país e 1 relatório sub-regional do Caribe), 40 dos 44 países e territórios foram avaliados como tendo minimizado o risco da reintrodução de poliovírus nas instituições que estavam coletando, manuseando ou armazenando materiais de poliovírus infecciosos ou potencialmente infecciosos.¹⁴

A seguir, três lições importantes que aprendi com o meu trabalho na erradicação da poliomielite:

Estabelecer metas é importante. Em 1985, os países das Américas estabeleceram a meta de erradicar a poliomielite na Região. Respalçada pelos

níveis políticos mais altos, a meta serviu para nos esforçarmos nessa direção e nos deu algo para monitorar e medir com regularidade.

Sistemas robustos de saúde pública e imunização são importantes. Equipes de programa de vacinação para doenças imunopreveníveis, grupos assessores de especialistas e grupos não governamentais em toda nossa Região continuam a dar tudo de si na prevenção e controle de doenças mortais e incapacitantes que podem ser prevenidas com vacina, incluindo a poliomielite. Essa dedicação levou a resultados notáveis.

Os fundamentos do controle de doenças transmissíveis funcionam. Uma sólida vigilância epidemiológica e laboratorial, testagem, isolamento de casos, quarentena de contatos, alta cobertura de imunização, biossegurança de instituições, prevenção e controle de infecções e preparação e resposta para emergências são as bases da prevenção e controle de doenças transmissíveis imunopreveníveis.

Porém, estabelecer metas é uma promessa vazia se não acompanhada do compromisso financeiro para apoiar a infraestrutura necessária — recursos humanos treinados, ferramentas e processos, em todos os níveis administrativos, para alcançar e manter nosso trabalho. A propagação mundial do WPV e do cVDPV continua sendo uma emergência de saúde pública de importância internacional.¹⁵ Grande parte da nossa Região continua sendo vulnerável devido à queda na cobertura vacinal de Polio3, que caiu de 87% para 81% de 2016 a 2020¹⁶, mascarando grandes lacunas

de imunidade da população nos âmbitos nacionais e subnacionais e representando uma ameaça ao nosso estado livre da poliomielite na Região. As quedas concomitantes na vigilância da paralisia flácida aguda (PFA), incluindo as taxas de PFA, na proporção de casos investigados dentro de 48 horas e na proporção de casos de PFA no qual uma amostra adequada de fezes foi coletada, geram o risco de atrasos graves na detecção dos poliovírus no caso de importações ou de uma emergência ocorrerem. Nas últimas 52 semanas epidemiológicas, nenhum país na Região atingiu esses três indicadores. Além disso, oito países foram classificados como em risco alto ou muito alto de poliomielite, representando 32% da população das Américas com menos de um ano de idade. Na história recente, o risco de um surto de WPV1/cVDPV nunca foi tão grande.

Em julho de 2021, para apoiar as recomendações fornecidas pela RCC em nossa última reunião¹⁴, o GTA da OPAS dedicou um tempo considerável para discutir e formular 13 recomendações para prevenir o ressurgimento da poliomielite em nossa Região.¹⁶ Para manter a eliminação da poliomielite, peço que cada país examine essas recomendações com cuidado. Além disso, à medida que discutimos as lições aprendidas pela nossa resposta à pandemia da COVID-19, precisamos ter o objetivo de manter a eliminação da poliomielite em nossos países e Região e de fortalecer nossos sistemas de saúde pública e imunização como bens públicos vitais para o bem das gerações atuais e futuras. ■

¹³ Revigoramento da imunização como um bem público para a saúde universal. 168ª Sessão do Comitê Executivo do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde. Sessão virtual. 21-25 junho 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/ce16814-revigoramento-da-imunizacao-como-um-bem-publico-para-saude-universal>.

¹⁴ Relatório da 12ª Reunião da Comissão Regional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite na Região das Américas. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-da-12a-reuniao-da-comissao-regional-para-certificacao-da-erradicacao-da>.

¹⁵ Statement following the Twenty-Eighth IHR Emergency Committee for Polio. 21 May 2021. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/news/item/21-05-2021-statement-following-the-twenty-eighth-ihc-emergency-committee-for-polio>

¹⁶ XXVI Encontro do Grupo Técnico Assessor da OPAS sobre doenças que podem ser prevenidas com vacina. As vacinas nos aproximam. 14-16 julho 2021. Encontro virtual. Relatório final (em inglês) disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54833>