

Boletim de Imunização

Organização Pan-Americana da Saúde

Volume XLIV Número 1

Vacine e proteja sua família

Abril 2022

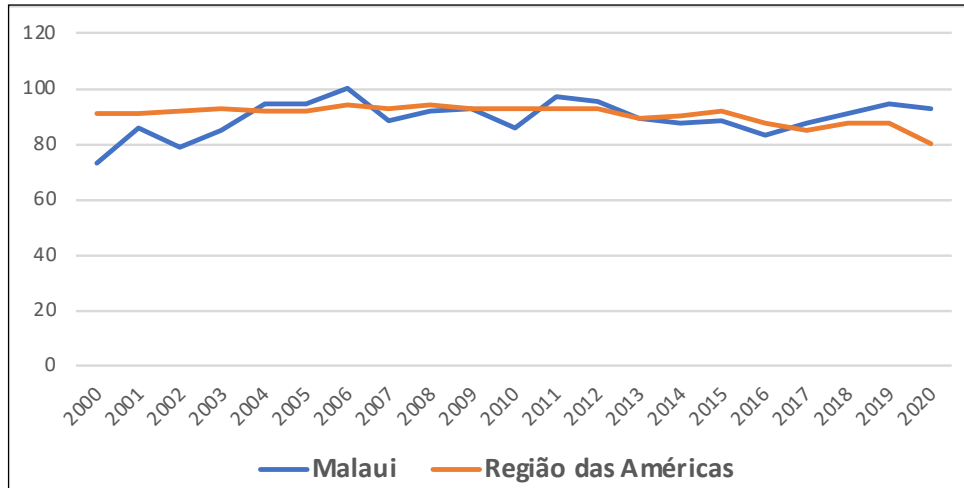


PVS1 no Malawi e risco para a Região das Américas

Em 12 de fevereiro de 2022, a Rede Global de Laboratórios de Poliomielite confirmou o isolamento do poliovírus selvagem tipo 1 (PVS1) em um caso de paralisia flácida aguda (PFA) em uma menina de 3 anos, cujo quadro de paralisia teve início em 19 de novembro de 2021. O vírus isolado das amostras de fezes coletadas em 26 e 27 de novembro de 2021 pertence ao grupo YC2 do genótipo do PVS1, em circulação no Paquistão em 2020. A sequência genética mais similar (com 19 nucleotídeos distintos) corresponde ao poliovírus isolado na província de Sindhi em 2019 e 2020. É preocupante a detecção de PVS1 fora dos dois países onde ele ainda é endêmico – Afeganistão e Paquistão – e esse fato evidencia o risco permanente de importação de poliovírus.^{1,2,3}

O Malawi é um país do sudeste da África onde o último caso de pólio foi registrado em 1992, tendo recebido a certificação de erradicação da poliomielite em 2005. A cobertura vacinal no país se manteve acima de 80% nas duas últimas décadas, cumprindo a meta regional e as metas de vigilância epidemiológica (dois casos de PFA por 100 mil habitantes menores de 15 anos com a coleta de duas amostras de fezes em 80% ou mais dos casos notificados).^{1,2,3} Para comparar o desempenho dos programas de imunização contra a pólio da Região das Américas e o do Malawi, a **figura 1** mostra a cobertura da terceira dose da vacina contra a pólio e a **figura 2**, o desempenho dos indicadores do sistema de vigilância de PFA.

Figura 1. Cobertura da terceira dose da vacina contra a pólio na Região das Américas e no Malawi (2000-2020)



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Poliomyelitis vaccination coverage [Internet]. Genebra: OMS; [2022?]. Disponível em: <https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/POL.html>.

Além do surto de PVS1 no Malawi, outros surtos causados por poliovírus circulante derivado da vacina (cVDPV) ocorreram recentemente em países livres da pólio:

- Em 22 de novembro de 2020, o Tajiquistão confirmou o isolamento de cVDPV2 em um caso de PFA de início súbito. Este vírus está geneticamente relacionado ao vírus isolado em amostras ambientais no Paquistão em 2020 e 2021. Em 2021, 32 casos foram notificados relacionados a este surto; no último caso, a paralisia teve início em junho. Não foram registrados novos casos até 15 de março de 2022.⁴

Ver **POLIO** na página 2

¹ Iniciativa Global de Erradicação da Pólio. GPEI Statement on WPV1 in Malawi. Genebra: OMS; 2022 [consultado em 24 de março de 2022]. Disponível em: <https://polioeradication.org/news-post/gpei-statement-on-wpv1-in-malawi/>.

² Organização Mundial da Saúde. Malawi declares polio outbreak. Cité du Djoué: OMS; 2022 [consultado em 24 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/news/malawi-declares-polio-outbreak>.

³ Organização Mundial da Saúde. Poliovírus selvagem tipo 1 (PVS1) – Malawi. Genebra: OMS; 2022 [consultado em 24 de março de 2022]. Disponível em: [https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/wild-poliovirus-type-1-\(WPV1\)-malawi](https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/wild-poliovirus-type-1-(WPV1)-malawi).

⁴ Iniciativa Global de Erradicação da Pólio. Tajiquistão. Genebra: OMS; 2022 [consultado em 24 de março de 2022]. Disponível em: <https://polioeradication.org/where-we-work/tajikistan/>.

XXVII Reunião do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis

O Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis reuniu-se em 27 de janeiro de 2022 para discutir formas de adaptar a atualização do Roteiro do SAGE ao contexto das Américas.⁵ Considerando as evidências disponíveis, os membros do GTA endossaram o Roteiro do SAGE da OMS atualizado e fizeram recomendações adicionais de orientação para uso subsequente das doses de reforço da vacina contra a COVID-19 nas Américas, de forma que os grupos prioritários as recebam primeiro. Por último, o GTA instou os Estados Membros a investir na melhoria da infraestrutura e da capacidade dos programas nacionais de imunização, tanto para a vacinação de rotina quanto para a implementação da vacinação contra a COVID-19. Os membros do GTA publicaram as seguintes recomendações após a reunião:

1. Em julho de 2021, o GTA declarou que a Região estava enfrentando uma crise iminente relacionada aos serviços de vacinação, e que era necessário dar atenção continuada à manutenção e ao fortalecimento da imunização, da vigilância epidemiológica e de outros programas essenciais de saúde. A Região continua a relatar os menores níveis de cobertura vacinal contra sarampo e DTP3 (difteria, tétano e coqueluche) dos últimos 10 anos. Além disso, a cobertura da 3ª dose da vacina poliomielite em 2020 foi de apenas 82% na Região, a menor cobertura informada desde a erradicação da poliomielite das Américas

Ver **GTA** na página 3

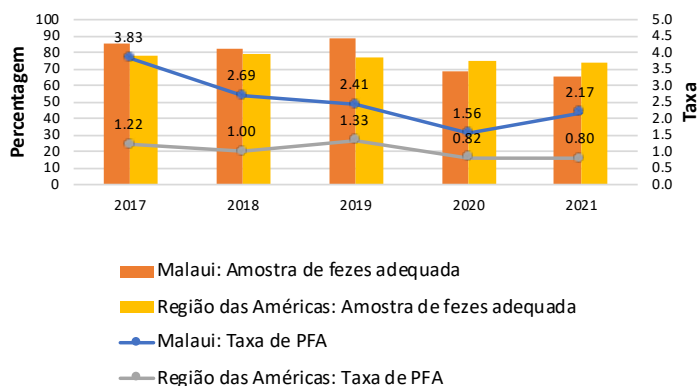
NESTA EDIÇÃO

- 1 PVS1 no Malawi e risco para a Região das Américas
- 1 XXVII Reunião do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis
- 4 Vacinação contra a COVID-19 nas comunidades indígenas do Paraguai: uma estratégia diferenciada para chegar até os grupos em situação de vulnerabilidade
- 6 Fortalecimento da rede de frio para oferecer acesso às vacinas contra a COVID-19 para populações nas Américas em situação de vulnerabilidade
- 6 Programa STOP do CDC recruta profissionais de saúde pública do mundo todo para apoiar a erradicação da poliomielite e outras ameaças devido a doenças emergentes
- 7 Vacinas e seringas adquiridas através do Fundo Rotativo da OPAS, 2022
- 8 Primeira reunião anual da Comissão Regional de Monitoramento e Verificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola

⁵ Organização Pan-Americana da Saúde. XXVII Reunião do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis. Adaptação do Roteiro do SAGE aos requisitos das Américas e uso estratégico das doses de reforço contra a COVID-19; Genebra: OMS; 2022 [consultado em março de 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55825>

POLIO continua da página 1

Figura 2. Indicadores de vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) na Região das Américas e no Malawi, 2017-2021



PFA: paralisia flácida aguda.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Cômputo de casos de poliomielite [Internet]. Genebra: OMS; 1996-2022. Disponível em: <https://extranet.who.int/polio/public/CaseCount.aspx>.

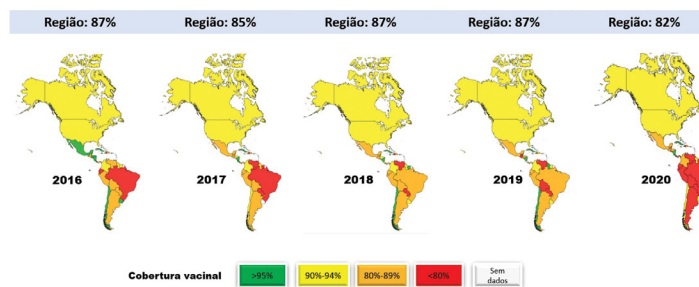
- Em 3 de setembro de 2021, a Ucrânia confirmou a presença de cVDPV2 em um caso de PFA de início súbito. O vírus está geneticamente relacionado ao vírus identificado no surto do Tajiquistão. Um segundo caso de pólio foi confirmado em dezembro de 2021. A crise humanitária atual no país põe a população em risco e dificulta o prosseguimento da campanha nacional de vacinação iniciada em 1º de fevereiro de 2022.⁶
- Em 17 de fevereiro de 2022, Israel confirmou o isolamento de cVDPV3 em um caso de PFA de início súbito. Entre setembro de 2021 e janeiro de 2022, alguns vírus derivados da terceira dose da vacina contra a pólio (VDPV3) foram isolados de amostras ambientais coletadas em Israel e na Palestina. Até o momento,⁷ as autoridades ainda estão investigando a origem do vírus isolado e o risco de transmissão.⁸

Apesar de não serem considerados países de alto risco para importação do vírus, os dados demonstram que a presença de um único caso de pólio em qualquer ponto do planeta representa uma ameaça às crianças em todo o mundo.

Deve-se destacar que o risco de ocorrer um surto de pólio em determinado país depende de um conjunto de fatores, como a probabilidade de importação de PVS1 ou cVDPV, a probabilidade de detecção oportuna da importação ou emergência de VDPV e a probabilidade de transmissão após importação ou emergência de VDPV. Todos os países têm risco de importar o poliovírus pelo grande fluxo de pessoas (turistas e migrantes, entre outros) e por não ser possível detectar o ponto de entrada de uma pessoa infectada que resulte na importação do vírus. É também importante salientar que, mesmo sem o fluxo humano, há o risco de emergência de VDPV com a baixa cobertura vacinal. Os países devem, portanto, melhorar a cobertura vacinal porque a vacinação é fundamental para prevenir a poliomielite e é a base do programa de erradicação.

A cobertura vacinal da pólio na Região das Américas diminuiu consideravelmente, aumentando a chance de transmissão após importação ou emergência de VDPV. Em 2020, a cobertura regional da terceira dose da vacina contra a pólio foi de 82%, sendo a menor cobertura desde que a Região foi certificada como livre de pólio em 1994. Entre 2016 e 2020, houve um aumento no número de países que notificaram coberturas vacinais abaixo de 80% (figura 3). Visto que esse dado representa apenas a cobertura nacional, os países devem analisar a cobertura municipal para identificar áreas com baixa cobertura – sobretudo nos municípios em que isso é recorrente –, avaliar as causas e adotar medidas para aumentar a cobertura vacinal dessas comunidades.⁹

Figura 3. Cobertura da terceira dose da vacina contra a pólio em menores de 1 ano na Região das Américas, 2016-2020



Fonte: Relatórios dos países apresentados à OPAS nos formulários de notificação conjunta da OPAS-OMS/Fundo das Nações Unidas para a Infância para imunização.

Quanto à detecção oportuna de surto ou emergência de VDPV, houve uma queda na sensibilidade da vigilância epidemiológica de PFA na Região nos últimos anos. Em 2021, a taxa de PFA foi de 0,8 por 100 mil menores de 15 anos, com a pesquisa de 90% dos casos em 48 horas e a coleta de amostras adequadas em 74% dos casos notificados. Houve piora no desempenho dos indicadores de vigilância epidemiológica de PFA. Em 2021, somente três países da Região – Cuba, México e Paraguai – cumpriram os três indicadores do desempenho da vigilância de PFA. Deve-se assinalar que alguns países informam que mais de 80% dos casos notificados são pesquisados em menos de 48 horas ou têm uma amostra adequada de fezes. No entanto, esses dados podem criar uma falsa sensação de confiança no sistema de vigilância, porque em realidade o número de casos notificados é bem pequeno. Cumprir a meta de vacinação é necessário para determinar a sensibilidade do sistema e seu desempenho adequado.¹⁰ Diante disso, a OPAS e a Comissão Regional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite na Região das Américas (RCC) convocaram os países a agirem. Em uma reunião extraordinária realizada em março de 2022, da qual participaram integrantes da RCC, dos comitês nacionais de certificação (NCC), dos ministérios da Saúde e da Rede Regional de Laboratórios de Poliomielite, a fim de responder à situação mundial e ao alto risco regional e com o objetivo de reduzir o risco e manter a eliminação da pólio na Região, foi preconizado aos países:

1. revisar as ações recomendadas pelo Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre doenças imunopreveníveis e pela RCC, e trabalhar para implementá-las,
2. elaborar um plano de mitigação de riscos e implementar as medidas necessárias para garantir uma alta cobertura vacinal e um sistema de vigilância sensível,
3. buscar oportunidades de capacitação nos componentes do programa de pólio nos diversos níveis do sistema de saúde,
4. notificar imediatamente os casos de PFA e acelerar a pesquisa, sobretudo entre os não vacinados ou com esquema vacinal incompleto,
5. agilizar o envio das amostras de fezes ao laboratório de referência,
6. ter um plano atualizado de resposta a surtos e eventos de pólio, e
7. preparar os laboratórios de poliomielite para uma rápida resposta.

Visto que historicamente o número de casos notificados de poliovírus selvagem é pequeno, existe ainda oportunidade de dar um fim definitivo à transmissão da poliomielite. Isso requer que todos os países renovem seu compromisso com a erradicação da pólio. ■

⁶ Iniciativa Global de Erradicação da Pólio. Ucrânia. Genebra: OMS; 2022 [consultado em 24 de março de 2022]. Disponível em: <https://polioeradication.org/ukraine/>.

⁷ Data de referência: 15 de março de 2022.

⁸ Iniciativa Global de Erradicação da Pólio. Circulating vaccine-derived poliovirus type 3 confirmed in Israel. Genebra: OMS; 2022 [consultado em 24 de março de 2022]. Disponível em: <https://polioeradication.org/news-post/circulating-vaccine-derived-poliovirus-type-3-confirmed-in-israel/>.

⁹ Relatórios dos países apresentados à OPAS nos formulários de notificação conjunta da OPAS-OMS/Fundo das Nações Unidas para a Infância para imunização.

¹⁰ Relatórios de vigilância de PFA dos países apresentados à OPAS.

GTA continua da página 1

- em 1994. A taxa de casos notificados de paralisia flácida aguda (PFA)/100 mil crianças também foi 39% menor em 2020, em comparação a 2019. O risco de surtos de doenças imunopreveníveis anteriormente controladas na Região está no seu nível mais alto dos últimos 30 anos em caso de transmissão contínua de sarampo/rubéola, importação de poliovírus selvagem (PVS)/poliovírus derivado vacinal (PVDV) ou surgimento de PVDV. Embora os países precisem continuar gerenciando a distribuição das vacinas contra a COVID-19, eles também devem revigorar seus programas nacionais de imunização para fechar lacunas de cobertura vacinal, atingir todas as pessoas elegíveis e promover os benefícios da vacinação para a saúde universal. A falta de ação levará a surtos e à perpetuação da baixa cobertura vacinal, o que prejudicará significativamente a saúde e a economia.
- Prevê-se que a atividade de influenza se intensificará nas regiões Norte e Sul das Américas em 2022. Com isso em mente, os países que utilizam a composição de vacina para o Hemisfério Sul devem planejar cuidadosamente atividades de vacinação contra influenza e implementá-las no primeiro trimestre de 2022. Essas atividades devem incluir a Semana de Vacinação nas Américas, que demonstrou ser uma plataforma robusta para alcançar altas taxas de cobertura vacinal contra a influenza em todas as faixas etárias.
 - Após dois anos de foco quase exclusivo nas operações de resposta à COVID-19, muitos indicadores de desempenho, acesso e qualidade dos serviços de saúde pioraram. Se essa tendência de declínio continuar, prevêem-se mais impactos nos serviços e esgotamento do pessoal de saúde, resultando em maior sobrecarga e perda de mais vidas devido a diferentes problemas de saúde. O GTA solicita aos países que comecem a pensar na potencial necessidade de operações de vacinação contra a COVID-19 em prazo mais longo, que iniciem imediatamente o planejamento estratégico e que assegurem a integração das atividades de vacinação contra a COVID-19 nos programas nacionais de imunização de rotina.
 - O GTA elogia os países e seu pessoal de saúde e trabalhadores da linha de frente pela resposta articulada à pandemia de COVID-19 e pela distribuição das vacinas contra a COVID-19. A Região das Américas conseguiu que 64,5% de sua população tivesse o esquema vacinal completo até 11 de fevereiro de 2022. Porém, até 31 de dezembro de 2021, 14 países das Américas não haviam chegado a 40% de cobertura vacinal contra a COVID-19, deixando grande parte da população em risco de doença grave, hospitalização e morte por COVID-19.
 - O GTA insta fortemente a OPAS e outros parceiros e interessados diretos a aumentarem o apoio financeiro e técnico para os países com baixas taxas de cobertura vacinal. Esse apoio pode incluir o fornecimento de doses de vacina contra a COVID-19, apoio técnico e envio de pessoal para apoiar as operações de distribuição de vacinas e proporcionar alívio para o pessoal já exausto de campo, compra e manutenção de equipamentos para a rede de frio e atividades de treinamento para expandir a força de trabalho em saúde. Além disso, o GTA recomenda que a OPAS e outros parceiros técnicos expandam as avaliações de campo e as operações de envolvimento da comunidade para entender a causa primária da baixa adesão às vacinas contra a COVID-19.
 - O GTA endossa o Roteiro do SAGE da OMS para a priorização do uso das vacinas contra a COVID-19 em sua mais recente atualização, de 21 de janeiro de 2022, como uma abordagem para a otimização do impacto global das vacinas contra a COVID-19 com base em metas de saúde pública, equidade mundial e nacional e cenários de acesso e cobertura das vacinas, e enfatiza as seguintes orientações:
 - Países com baixas taxas¹¹ de cobertura da série primária devem primeiro alcançar altas taxas de cobertura da série primária entre os grupos prioritários de maior risco (ou seja, idosos, profissionais de saúde e pessoas imunocomprometidas) antes de oferecer doses de vacinas para grupos prioritários de risco mais baixo.
 - Países com taxas moderadas a altas de cobertura da série primária nos grupos prioritários de maior risco geralmente devem priorizar o estoque disponível de vacinas de forma a primeiro atingir altas taxas de cobertura da dose de reforço nos grupos prioritários de maior risco antes de oferecerem doses de vacinas para grupos prioritários de risco mais baixo.
 - O GTA observa, com preocupação, que muitos países não coletam informações sobre a idade e o subgrupo populacional das pessoas vacinadas. Portanto, o GTA recomenda fortemente que os países coletem e compilem dados de vacinação contra a COVID-19 com estratificação por idade, sexo e área geográfica. A coleta de outros descritores (por exemplo, profissionais de saúde e gestantes) permitirá maior refinamento das atividades programáticas e norteará as operações de priorização de vacinas. Todos os dados exigidos devem ser incluídos no formulário eletrônico de notificação conjunta (eJRF, na sigla em inglês) de vacinação contra a COVID-19 que já é compartilhado semanalmente com a OPAS.
 - As gestantes foram identificadas entre os grupos com alto risco de doença grave e morte por COVID-19, e a carga de COVID-19 nas gestantes e lactantes da Região é significativa. O Roteiro do SAGE da OMS reitera que as gestantes são um grupo de alta prioridade para vacinação contra a COVID-19; no entanto, as taxas de vacinação nesse grupo prioritário continuam baixas em toda a Região. O GTA solicita que os Estados Membros reorientem esforços para a vacinação de gestantes, incluindo adolescentes grávidas.
 - Quase todos os países das Américas introduziram doses de reforço contra a COVID-19 para grupos seletos da população. O GTA saúda a publicação da atualização do Roteiro do SAGE da OMS para a priorização do uso das vacinas contra a COVID-19 e oferece orientações adicionais sobre o cronograma e o uso das doses de reforço nos países das Américas.
 - Países com taxa de cobertura vacinal baixa a média¹¹ deve-se fazer todo o possível para alcançar alta cobertura da série primária e da dose de reforço entre os grupos de mais alta e alta prioridade de uso.¹²
 - Países com taxa de cobertura vacinal alta a muito alta.¹¹
 - Os países que introduziram uma política de doses de reforço para todos os maiores de 18 anos devem realizar uma análise subnacional das taxas de cobertura vacinal por grupo prioritário de risco, para garantir que os grupos de mais alta e alta prioridade recebam a série de vacinação primária e uma dose de reforço.
 - Os países que introduziram uma política de doses de reforço apenas para os grupos de mais alta prioridade de risco devem realizar análises nacionais e subnacionais para determinar quando e como expandir o uso das doses de reforço na estratégia nacional de vacinação contra a COVID-19.
 - O GTA saúda o apoio dos países doadores, que contribuíram com mais de 28 milhões de doses de vacina contra a COVID-19 para as Américas e continuam a apoiar financeiramente diversas atividades necessárias para a distribuição das vacinas contra a COVID-19. Em nome do povo das Américas, o GTA reconhece as importantes contribuições dos Estados Unidos da América, da Espanha, do Canadá, da França, da Alemanha, do Japão, da Suécia, da Noruega e da Dinamarca.
 - O GTA reconhece o forte apoio técnico da OPAS na distribuição e introdução das vacinas contra a COVID-19 em 2021 e exorta a Organização a manter seu alto nível de envolvimento.
 - As crianças das Américas continuam a enfrentar a pior crise educacional do último século, e milhões de crianças ainda não voltaram para a sala de aula. O GTA insta fortemente os países a reabrir as escolas e retomar o aprendizado presencial, reforçando, ao mesmo tempo, as medidas sociais e de saúde pública recomendadas (como o uso de máscara, o distanciamento social e a garantia de ventilação adequada). Os professores e o pessoal de educação estão entre os grupos de alta prioridade para a vacinação contra a COVID-19 e devem ser priorizados. O GTA ecoa as palavras do Diretor-Geral da OMS e da Diretora da OPAS, bem como as recomendações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), ao afirmar que a vacinação de crianças e adolescentes não deve ser um pré-requisito para a reabertura das escolas.
 - Independentemente da variante de preocupação do SARS-CoV-2 em circulação, medidas não farmacológicas de saúde pública e sociais continuam sendo efetivas e são estratégias recomendadas para reduzir a transmissão do vírus e minimizar a carga de COVID-19 na sociedade. O GTA insta os países a manter essas medidas e a integrá-las à estratégia nacional de resposta como uma das ferramentas mais importantes para mitigar o impacto e minimizar os efeitos da pandemia. ■

¹¹ Organização Mundial da Saúde. Roteiro do SAGE da OMS para a priorização do uso das vacinas contra COVID-19. Não são fornecidos limiares específicos de cobertura, já que os países podem ter diferentes capacidades de atingir essas populações. Como orientação geral, uma cobertura muito alta nos grupos de prioridade muito alta e alta estaria acima de 70%, ao passo que a cobertura baixa estaria abaixo de 10%; 2022 [consultado em janeiro de 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55732>

¹² Uso de mais alta prioridade: idosos, profissionais de saúde, pessoas imunocomprometidas. Uso de alta prioridade: adultos com comorbidades, gestantes, professores e outros profissionais essenciais, subpopulações sociodemográficas desfavorecidas com maior risco de COVID-19 grave. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55732>

Vacinação contra a COVID-19 nas comunidades indígenas do Paraguai: uma estratégia diferenciada para chegar até os grupos em situação de vulnerabilidade

O presente artigo expõe o processo de execução do plano de vacinação contra a COVID-19 nos distritos sanitários de três províncias do Chaco paraguaio – Alto Paraguai, Boquerón e Presidente Hayes (**figura 4**) –, em coordenação com o Programa Ampliado de Imunização (PAI) do Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social do Paraguai e a cooperação técnica da OPAS, em resposta à situação epidemiológica do país e recusa da população indígena à vacinação.

Figura 4. Localização geográfica das três províncias beneficiárias do plano de vacinação contra a COVID-19 nas comunidades indígenas do Chaco paraguaio



Fonte: Instituto Nacional de Estadística del Paraguay: projeção para 2011. Disponível em <https://www.ine.gov.py/>.

Situação da COVID-19 nos povos indígenas do Paraguai

De acordo com dados da Federação para Autodeterminação dos Povos Indígenas do Paraguai (FAPI), dos 463.522 casos confirmados e 16.488 mortes por complicações da COVID-19 notificados no país entre 7 de março e 8 de dezembro de 2021, 600 casos e 78 mortes ocorreram na população indígena.¹³ Os povos indígenas mais afetados foram Qom, Pai Tavytera, Nivaclé, Mbya, Guarani, Maka, Guarani ocidental, Enxet Sur, Enlhet Norte, Ayoreo, Ava Guarani, Aché, Sanapaná, Guarani Ñandeva, Yshir, Chamacoco e Angaité.

Dez dos 22 municípios com o maior número de casos notificados na população indígena estão localizados na região ocidental do país, o Chaco, nas províncias de Alto Paraguai, Boquerón e Presidente Hayes.

Plano nacional de vacinação contra a COVID-19

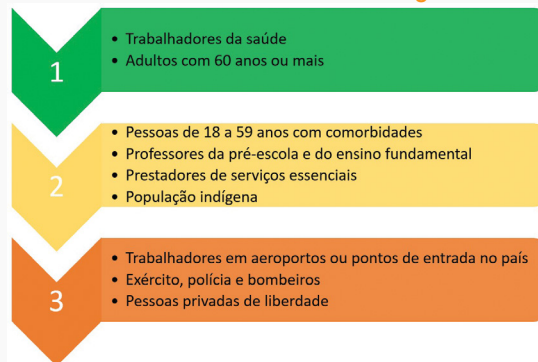
O plano nacional de vacinação contra a COVID-19 do Paraguai inclui três fases para vacinar os grupos prioritários segundo o risco de forma grave da doença ou morte, diante da oferta progressiva de doses de vacina (**figura 5**).

A vacinação da população indígena, junto com outros grupos de alto risco de doença, complicações ou morte, foi operacionalizada na fase 2 do plano, embora as pessoas maiores de 60 anos deste grupo populacional tenham sido incluídas na fase 1. Desde o início da introdução da vacina contra a COVID-19 no país, houve resistência ou recusa à vacinação em famílias indígenas, inclusive em comunidades inteiras, por considerarem que a vacina não era segura. Tal fato foi comunicado pelo pessoal da saúde de diversos distritos sanitários e pela mídia.¹⁴ Essas comunidades vivem, na sua maioria, em áreas remotas, o que contribui para o acesso restrito à vacinação.

Plano de vacinação contra a COVID-19 nas comunidades indígenas do Chaco paraguaio

O plano de vacinação contra a COVID-19 para as comunidades indígenas

Figura 5. Grupos prioritários definidos no plano de vacinação contra a COVID-19 no Paraguai



Fonte: Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social. Plano nacional de vacinação contra a COVID-19. Asunción: Governo do Paraguai; 2020. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/24821c-20201229PlanVacunacion03.pdf>.

foi elaborado como parte da cooperação técnica da OPAS no Paraguai, visando a reforçar a introdução da vacina nessa população mediante uma abordagem intercultural e abrangente. O planejamento se deu em um ambiente multidisciplinar de coordenação entre o PAI e os distritos sanitários de Alto Paraguai, Boquerón e Presidente Hayes. A estratégia de comunicação social foi fundamental para aumentar a aceitação da vacina e seu planejamento e implementação contaram com a participação de integrantes de outras unidades do Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social, como a Direção Nacional de Povos Indígenas (DINASAPI), a Direção de Comunicações (DIRCOM), instâncias participativas e representativas da população beneficiária, o Conselho Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (CONASAPI) e a Federação dos Povos Indígenas do Paraguai.

O objetivo geral do plano foi introduzir a vacinação segura como medida de prevenção contra a COVID-19 nas comunidades indígenas das províncias do Alto Paraguai, Boquerón e Presidente Hayes. Quatro objetivos específicos foram definidos, com as respectivas linhas de ação e atividades principais. O plano é apresentado em linhas gerais na **tabela 1**.¹⁵

O plano foi executado entre 26 de julho e 11 de dezembro de 2021. A participação da população, do planejamento à execução das atividades, foi fundamental para alcançar os objetivos. Ao todo, foram realizadas 18 rodadas de vacinação em 155 comunidades de áreas remotas que não tiveram atendimento durante a pandemia devido à falta de recursos logísticos, e contavam com pessoas relutantes à vacinação contra a COVID-19.

O processo de sensibilização para promover a aceitação da vacinação entre os povos indígenas requereu uma estratégia de comunicação social, implementada com o auxílio de recursos audiovisuais que continham as mensagens principais validadas pelas autoridades participantes. O material preparado para incentivo à vacinação consistiu de 40 tipos de cartazes para impressão e reprodução digital em língua espanhola e em cinco idiomas nativos (nivaclé, enlhet, qom87, ayoreo e guarani), e de seis podcasts (em espanhol, ayoreo e qom) para reprodução em rádio e redes sociais (**figura 6**). Foram contratados espaços nas rádios comunitárias de grande alcance nas regiões ocidentais e orientais do país para divulgar estes materiais. Foi ministrado treinamento a 107 agentes de promoção de saúde para promover a vacinação, bem como orientação aos líderes das comunidades visitadas sobre a importância e a segurança das vacinas.

Dada a importância de se dispor de informações confiáveis e oportunas sobre o processo de vacinação para guiar as intervenções, foram fornecidos equipamentos de informática aos cen-tros de vacinação dos três distritos sanitários do Chaco e foi ministrado treinamento ao pessoal

¹³ Federação para Autodeterminação dos Povos Indígenas. População indígena rural e urbana com casos confirmados de COVID-19; 2022 [consultado em 8 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/2a1e7ad30b3549d18b298f51911b524%20>.

¹⁴ ABC Noticias. Pueblos nativos del Chaco paraguayo rechazan aplicarse vacuna anticovid. Paraguai; 2021 [consultado em 8 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://www.abc.com.py/nacionales/2021/05/03/pueblos-nativos-del-chaco-paraguayo-rechazan-aplicarse-vacuna-anticovid/>.

¹⁵ Biblioteca e Arquivo Central do Congresso Nacional. Lei Nº 5469 de saúde dos povos indígenas. Paraguai; 2015 [consultado em 8 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4455/de-la-salud-de-los-pueblos-indigenas>.

PARAGUAY continua da página 4

Tabela 1. Plano de vacinação contra a COVID-19 para a população indígena

Objetivos específicos	Linhas de ação	Atividades principais
1. Garantir o processo de vacinação seguro e oportuno	1.1 Reforço da capacidade local de realizar atividades de vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Debate sobre o plano de vacinação com as unidades de saúde familiar responsáveis pela vacinação das comunidades consideradas • Microplanejamento das atividades de vacinação • Organização das equipes de trabalho • Orientação de vacinadores e supervisores sobre as características, a eficácia e a segurança e os possíveis eventos adversos das vacinas a serem aplicadas • Locação de veículos todo-o-terreno para o transporte das forças-tarefa de vacinação às comunidades prioritárias
	1.2 Reforço da vigilância de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI)	<ul style="list-style-type: none"> • Preparo e impressão de materiais informativos sobre ESAVI • Capacitação dos profissionais de saúde sobre a notificação de ESAVI
2. Incentivar a participação co-munitária no planejamento e na implementação do plano	2.1 Criação de alianças estratégicas com líderes comunitários e outras partes envolvidas para a implementação de atividades de vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização dos líderes comunitários sobre a importância da vacinação contra a COVID-19 e coordenação para implementar o cronograma do plano • Capacitação de agentes de promoção da saúde acerca da importância e da segurança das vacinas, a fim de incentivar a vacinação • Distribuição de materiais informativos com mensagens sobre a segurança das vacinas
3. Reforçar a implementação de um sistema informatizado de registro de vacinação contra a COVID-19	3.1 Desenvolvimento de capacidade local para a implementação do registro eletrônico individualizado da vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de equipamentos de informática, como computadores portáteis e impressoras, para os centros de vacinação dos três distritos sanitários para garantir o registro dos vacinados • Impressão e fornecimento de registros/certificados de vacinação • Capacitação do pessoal sobre o preenchimento físico e digital dos dados
4. Promover a aceitação da vacina contra a COVID-19, com melhoria do acesso à informação relativa à importância da vacinação	4.1 Elaboração e implementação de uma estratégia de comunicação social culturalmente apropriada	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de um consultor para a elaboração da estratégia • Validação da proposta da estratégia com a população, que incluía a preparação das principais mensagens e materiais • Elaboração, impressão e distribuição do material • Contratação de veículos de mídia e coordenação interinstitucional para divulgação do material elaborado

de saúde sobre o registro individual dos vacinados. As forças-tarefa de vacinação se deslocaram até as comunidades selecionadas em veículos preparados para rotas de difícil acesso. Moto-cicletas e equipamentos de segurança viária também foram fornecidos para o trabalho em áreas mais acessíveis. Para otimizar a presença do setor da saúde, equipes de saúde multidis-ciplinares foram formadas para acompanhar as forças-tarefa de vacinadores e facilitar a prestação de outros serviços de atenção primária à saúde.

Como resultado do plano de vacinação, 17.172 doses de vacina contra a COVID-19 foram aplicadas: 15.009 doses em esquema normal e 1.063 doses como parte da campanha nacional de vacinação de sarampo, rubéola e pólio. Foi possível completar a vacinação de quem estava com o esquema vacinal incompleto e identificar 43 crianças ainda não vacinadas. Em paralelo, 7.175 consultas médicas foram realizadas, 114 gestantes receberam a primeira consulta pré-natal e três partos receberam assistência.

Figura 6. Cartazes em espanhol e ayoreo elaborados como parte da estratégia de comunicação social para promover a vacinação contra a COVID-19



Fonte : Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social do Paraguai.

Experiência adquirida

- Regiões com características ambientais especiais, como o Chaco paraguaio, requerem um enfoque estratégico e integral para implementar programas no contexto da atenção primária à saúde, visando a sanar as lacunas e avançar no alcance da cobertura universal de saúde e do acesso universal à saúde da população. O plano de vacinação atingiu seu objetivo principal de vacinar a população contra a COVID-19 e contribuiu para melhorar o acesso a outros serviços e benefícios essenciais de saúde.
- A participação da comunidade na elaboração e implementação de intervenções de saúde pública é fundamental para atingir os objetivos. Também é uma oportunidade para novas experiências participativas.
- Apesar de a vacinação em esquema normal ser adequada para duas das três províncias beneficiárias do plano (Alto Paraguai e Boquerón), verificou-se que não é possível completar ou iniciar os esquemas vacinais no tempo certo em algumas comunidades, por serem de difícil acesso geográfico.
- A sensibilização para a vacinação, encabeçada pelo pessoal local de saúde com a coordenação de líderes comunitários, facilitou a execução do plano e o cumprimento do cronograma.
- Elaborar e implementar uma estratégia de comunicação validada por seus representantes, respeitando os aspectos culturais da população, foi determinante para aumentar a aceitação da vacina contra a COVID-19.
- O nível de participação e aceitação do plano de vacinação não foi semelhante nas três províncias e houve um maior aproveitamento em Alto Paraguai e Boquerón. O compromisso das autoridades locais de saúde deve ser assegurado para o bom aproveitamento dos recursos e oportunidades de cooperação.

Desafios

- Elaborar um guia de alcance nacional e subnacional com o objetivo de continuar progredindo em direção ao acesso universal à saúde, sem deixar ninguém para trás, que englobe estratégias diferenciadas com a participação comunitária para garantir a inclusão e a atenção integral das populações em situação de vulnerabilidade. Esse processo poderia ser encabeçado pelo PAI.
- Atualizar o mapeamento das populações em situação de vulnerabilidade e seus indicadores de saúde, com o objetivo de priorizar sua abordagem e identificar os recursos necessários.
- Sistematizar as experiências adquiridas com a execução do plano para elaborar novas propostas de intervenção.
- Reforçar a capacidade dos distritos sanitários para a gestão dos recursos físicos e humanos necessários para a execução dos diferentes programas de saúde, especialmente o de vacinação. ■

Fortalecimento da rede de frio para oferecer acesso às vacinas contra a COVID-19 para populações nas Américas em situação de vulnerabilidade

Uma colaboração entre a OPAS e a Global Affairs Canada (GAC) tem como objetivo melhorar a saúde e a proteção contra a COVID-19 de populações em situação de vulnerabilidade na América Latina e no Caribe. Ainda em evolução, a atual situação da COVID-19 nas Américas continua a ser preocupante, principalmente quando se considera a interseção entre a disponibilidade limitada de vacinas, os sistemas de saúde enfraquecidos, as iniquidades de saúde existentes e o fato de a COVID-19 ter levado a alguns dos maiores números acumulados de casos e taxas de mortalidade do mundo.

A GAC apoiou financeiramente determinados países para melhorar a capacidade de transporte e armazenamento na rede de frio, de forma a garantir o acesso a vacinas contra a COVID-19 armazenadas e transportadas de forma segura. O armazenamento e o transporte seguros das vacinas garantem que sejam mantidas nas temperaturas recomendadas e apoiam a potência ideal da vacina.

A intenção desse projeto é apoiar os países da Região durante os preparativos para um aumento acentuado no estoque de vacinas entre o quarto trimestre de 2021 e o primeiro trimestre de 2022. Esses preparativos incluem formação de pessoal para a entrega de vacinas, operações relacionadas à rede de frio e fortalecimento da infraestrutura necessária para manter as vacinas na temperatura certa fora do nível central, bem como a garantia de que os profissionais de saúde dos países selecionados tenham acesso às informações corretas para administrar toda a rede de frio, a cadeia de abastecimento e as operações logísticas.

Os critérios de seleção dos países foram:

- Países com lacunas nas estimativas de capacidade adicional de armazenamento e distribuição de vacinas contra a COVID-19 em todos os níveis;
- Países com equipamento de refrigeração que tenham registrado excursões de temperatura;
- Países que não estejam usando dispositivos de monitoramento contínuo da temperatura;
- Países com lacunas na distribuição de vacinas para áreas de difícil acesso;
- Países com áreas remotas que não tenham eletricidade ou cuja eletricidade não seja estável.

Consequentemente, os seguintes países foram escolhidos para a melhoria das operações da rede de frio e da cadeia de abastecimento: Bolívia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana, Suriname e Venezuela. O pessoal técnico de imunização da OPAS trabalhou junto a cada país para auxiliar e dar orientações sobre a análise e as especificações de seleção dos equipamentos. O pessoal da OPAS também desenvolveu e ministrou oficinas de formação de profissionais de saúde sobre o uso e a gestão de equipamentos de ultra-baixa temperatura (ULT, na sigla em inglês) e de vacinas que exigem ULT. Também foram dadas orientações sobre as

operações da rede de frio e da cadeia de abastecimento.

Até agora, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Honduras, Nicarágua, Panamá e México receberam alguns dos equipamentos solicitados para a rede de frio, como refrigeradores, freezers ULT, geladeiras solares, freezers, caixas térmicas, transportadores de vacinas e dispositivos de monitoramento de temperatura. A República Dominicana, por exemplo, já recebeu parte da assistência técnica e dos equipamentos de refrigeração solicitados.

República Dominicana

A introdução da vacina contra a COVID-19 na República Dominicana acarretou a expansão da capacidade de armazenamento e transporte de vacinas em todos os níveis e a adaptação de processos voltados para o fortalecimento da rede de frio. Nesse sentido, como parte do processo de planejamento para a introdução da vacina em 2020, o Programa Ampliado de Imunização (PAI) atualizou o inventário de equipamentos da rede de frio, identificando lacunas de armazenamento e distribuição para a introdução das vacinas contra a COVID-19, tanto nos locais de vacinação quanto nos centros de coleta no âmbito das províncias.

Face à situação da República Dominicana, a GAC, em colaboração com a OPAS, prestou apoio à primeira remessa de 20 refrigeradores para o PAI. Essa remessa fazia parte do equipamento de refrigeração solicitado para apoiar a rede de frio e aumentar a capacidade de armazenamento de vacinas nos centros de coleta no âmbito das províncias, priorizados pelo país, com ênfase nos centros localizados em zonas de fronteira. Além disso, espera-se a chegada de duas câmaras frias para o centro de armazenagem nacional em abril. Além de ajudar na luta contra a COVID-19, essa doação também vai melhorar o acesso às outras vacinas que fazem parte do programa de imunização do país.

Durante a cerimônia de entrega,¹⁶ o Representante da OPAS/OMS na República Dominicana, Dr. Olivier Ronveaux, destacou a importância dessa doação para o fortalecimento da saúde coletiva do país. Já o Cônsul Geral do Canadá, Collin Holditch, falando em nome do seu Governo, manifestou satisfação em apoiar a República Dominicana nesse sentido. Similarmente, o Vice-Ministro de Saúde Coletiva do Ministério da Saúde Pública da República Dominicana, Dr. Eladio Pérez, indicou que a contribuição chegou no momento certo para lutar pela saúde pública no país. “Sei que isso é algo que vai contribuir não só para a luta contra a COVID, mas também para nosso trabalho com outras vacinas, as 17 que fazem parte do programa de imunização do país –acima de tudo nas zonas de fronteira, onde a necessidade é maior”, acrescentou Pérez.

O Governo do Canadá, por meio da OPAS, forneceu mais de US\$ 400.000 para reforçar as capacidades de armazenamento e distribuição de vacinas no país, além de fortalecer outros componentes do PAI, como vigilância epidemiológica, formação e supervisão, entre outros. ■

Programa STOP do CDC recruta profissionais de saúde pública do mundo todo para apoiar a erradicação da poliomielite e outras ameaças devido a doenças emergentes

O Programa STOP (STOP), anteriormente conhecido como Stop Transmission of Polio (“Interrompa a transmissão da poliomielite”, em tradução livre), foi lançado em 1998 pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos. O STOP apoia os esforços mundiais de erradicação da poliomielite como parte da Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite (GPEI, na sigla em inglês), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), UNICEF, Rotary International, Aliança Gavi e Fundação Bill e Melinda Gates. Desde 1999, o STOP recruta consultores do mundo todo e cria oportunidades para que os profissionais de saúde pública desenvolvam habilidades específicas, ganhem experiência de campo e contribuam para o esforço mundial de erradicação da poliomielite.

Até hoje, o STOP recrutou, formou e enviou mais de 2.200 participantes para trabalhar em mais de 4.800 missões em 80 países das seis regiões da OMS. O STOP é o maior programa de força de trabalho global do CDC. Os governos têm recebido apoio dos membros da equipe do STOP para melhorar a vigilância de doenças imunopreveníveis, fortalecer os sistemas de imunização de rotina, apoiar atividades

suplementares de imunização, usar os dados para ações, utilizar estratégias de comunicação e defesa da causa para imunização e responder a surtos de doenças. As contribuições do STOP para o sucesso da GPEI não só ajudaram a ampliar os esforços de erradicação da poliomielite, como também apoiaram respostas regionais e nacionais a doenças infecciosas emergentes, incluindo a pandemia de COVID-19.

O STOP continua a apoiar atividades na Região das Américas e, em 2006, iniciou programas no Haiti. Em 2013, durante a implementação da força-tarefa no Haiti para fortalecimento da vigilância de doenças imunopreveníveis, os consultores do STOP no país tiveram um papel fundamental na formação, supervisão e avaliação de epidemiologistas assistentes nacionais. Os consultores do STOP foram essenciais para melhorar o desempenho da vigilância de PFA e de sarampo/rubéola, utilizando esforços de busca ativa de casos para identificar casos não notificados. Como resultado direto deste trabalho, o Comitê Regional de Certificação da OPAS declarou, em 2016, que o Haiti estava livre do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita.

Atualmente, e após o primeiro caso de COVID-19 noti-

ficado no Haiti, em março de 2020, os consultores do STOP no país têm sido indispensáveis para implementar e monitorar planos locais de resposta à COVID-19 nos departamentos Ouest, Sud-Est, Nord-Ouest e Grand'Anse.

Para muitos ex-membros do STOP, o trabalho em missões e a experiência internacional ajudaram a impulsionar futuras oportunidades profissionais. O Dr. Edmond Gue é um exemplo perfeito disso. Dr. Gue foi membro da equipe do STOP em Burkina Faso e foi selecionado para apoiar o Haiti em 2013-2014. Após duas missões com o STOP, foi contratado pela Representação da OPAS/OMS no Haiti como consultor de imunização e teve um papel essencial de apoio à equipe do STOP na sede do CDC em Atlanta.

O STOP está expandindo o recrutamento na Região das Américas e planeja começar a aceitar candidaturas em maio de 2022. Para mais informações sobre o Programa STOP e sobre como se candidatar, acesse a [página do Programa STOP do CDC](#). ■

Contribuição de: A.J. Williams, Consultor de Saúde Pública dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos..

¹⁶ Para ver o boletim de imprensa da OPAS sobre o evento, acesse: <https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2022-gobierno-canada-dona-refrigeradores-para-vacunas-rd-traves-ops> (disponível em espanhol)

Tabela 2. Preços de vacinas compradas por meio do Fundo Rotativo da OPAS, 2022 (preços em US\$)

VACINA		DOSES POR FRASCO-AMPOLA	CUSTOS MÉDIO POR DOSE
BCG	Originária da Índia	10	\$0.3300
	Originária da Índia	20	\$0.1650
	Originária da Dinamarca	10	\$0.8250
	Originária da Dinamarca	20	\$0.4125
Oral poliomielite bivalente (VOPb)		10	\$0.1742
		20	\$0.1252
DTP		10	\$1.1742
DT		10	\$0.1650
DTPa tríplice acelular		1	\$16.8500
DTPa-VIP	Seringa preenchida	1	\$13.2300
DTPa-VIP-Hib	Seringa preenchida	1	\$16.3100
DTPa-VIP-Hep B-Hib		1	\$21.1200
DTP Hib	Liofilizada	1	\$3.0000
DTP Hepatite B Hib	Líquida	1	\$1.0583
Hepatite A	Uso pediátrico	1	\$7.9896
	Uso adulto	1	\$12.3510
Hepatite B	Uso adulto	10	\$0.3000
	Uso adulto	1	\$0.8000
	Uso pediátrico	1	\$0.5748
Hib	Liofilizada	1	\$2.1500
Papilomavírus humano (HPV)	Tetravalente	1	\$10.4800
Vacina inativada contra a poliomielite (VIP)	Seringa preenchida	1	\$5.5000
		5	\$2.5000
	Sabin	5	\$1.5000
Sarampo/rubéola		1	\$2.7200
		10	\$0.7790
Sarampo/caxumba (cepa Jeryl-Lynn)/rubéola		1	\$3.2400
		5	\$1.6160
Sarampo/caxumba (cepa Zagreb)/rubéola		10	\$1.5530
		1	\$20.3000
Meningocócica ACYW135		1	\$12.8500
Pneumocócica conjugada (VPC)	10-valente (VPC-10)	1	\$14.5000
	13-valente (VPC-13)	1	\$9.4900
Pneumocócica polissacarídica	23-valente	1	\$9.4900

VACINA		DOSES POR FRASCO-AMPOLA	CUSTOS MÉDIO POR DOSE
Raiva, uso humano (células Vero)	Frasco-ampola ou seringa preenchida	1	\$10.2041
Rotavírus, líquida	Esquema de vacinação de 2 doses	1	\$6.5000
Influenza sazonal tetravalente Hemisfério Norte 2021-2022	Uso adulto - originária da República da Coreia (seringa preenchida)	1	\$5.8000
	Uso adulto - originária da França (seringa preenchida)	1	\$6.0000
Influenza sazonal trivalente Hemisfério Norte 2021-2022	Uso adulto - originária da República da Coreia	1	\$3.4000
	Uso adulto - originária da República da Coreia	10	\$2.6400
	Uso pediátrico - originária da República da Coreia	20	\$1.3200
	Uso adulto - originária da França	10	\$3.5900
	Uso adulto - originária da França (seringa preenchida)	1	\$4.5000
Influenza sazonal trivalente Hemisfério Sul 2022	Uso pediátrico - originária da França	20	\$1.7950
	Uso adulto - originária da República da Coreia (seringa preenchida)	1	\$3.4500
	Uso adulto - originária da República da Coreia	10	\$2.7700
	Uso pediátrico - originária da República da Coreia	20	\$1.3850
	Uso adulto - originária da França	10	\$2.9700
	Uso pediátrico - originária da França	20	\$1.4850
	Uso adulto - originária da Argentina (seringa preenchida)	1	\$3.8000
	Uso adulto - originária da Austrália	10	\$2.7500
	Uso pediátrico - originária da Austrália	20	\$1.3750
	Uso adulto - originária do Brasil	10	\$2.8500
Influenza sazonal tetravalente - Hemisfério Sul 2022	Uso pediátrico - originária do Brasil	20	\$1.4250
	Uso adulto - originária da República da Coreia	1	\$5.1000
	Uso adulto - originária da República da Coreia	10	\$4.6000
Uso adulto - originária da França		10	\$5.0000
	Td	Uso adulto	10
DTPa tríplice acelular		1	\$11.0406
Febre tifoide polissacarídica		5	\$5.0000
Varicela	Cepa OKA - originária dos EUA	1	\$18.4800
	Cepa OKA - originária da República da Coreia	1	\$13.9000
	Cepa MAV/06	1	\$12.5000
Febre amarela	Originária do Brasil	10	\$1.2800
	Originária da França	10	\$1.6700

Tabela 3. Preços de seringas compradas por meio do Fundo Rotativo da OPAS, 2022 (preços em US\$)

SERINGAS CONVENCIONAIS		
TAMANHO	QTDE. POR CAIXA	PREÇO POR UNIDADE*
1cc 22G x 1 1/2" (originárias do Catar)	1,500	\$0.0230
1cc 22G x 1 1/2" (originárias da China)	2,400	\$0.0380
	3,000	\$0.0310
1cc 23G x 1" (originárias do Catar)	1,500	\$0.0207
1cc 23G x 1" (originárias da China)	3,200	\$0.0350
	3,000	\$0.0310
1cc 23G x 1" (originárias da Índia)	2,000	\$0.0263
3cc 23G x 1" (originárias da Índia)	2,000	\$0.0220
3cc 23G x 1" (originárias da China)	1,800	\$0.0310
	2,400	\$0.0380
3cc 23G x 1" (originárias dos EAU)	1,800	\$0.0305
5cc 22G x 1 1/2" (originárias da China)	1,200	\$0.0316
5cc 22G x 1 1/2" (originárias dos EAU)	1,800	\$0.0315
SERINGAS AUTODESTRUTÍVEIS		
TAMANHO	QTDE. POR CAIXA	PREÇO POR UNIDADE*
0,3cc 23G x 1" (originárias da China)	1,800	\$0.1380
0,3cc 23G x 1" (originárias dos EAU)	3,000	\$0.0400
Tipo K1: 0,3cc 23G x 1"	2,000	\$0.0388

SERINGAS AUTODESTRUTÍVEIS		
TAMANHO	QTDE. POR CAIXA	PREÇO POR UNIDADE*
0,5cc 22G x 1 1/2" (originárias dos EAU)	3,000	\$0.0480
0,5cc 22G x 1 1/2" (originárias da China)	3,000	\$0.0525
0,5cc 23G x 1" (originárias da China)	3,000	\$0.0338
0,5cc 23G x 1" (originárias da China)	3,000	\$0.0290
	1,800	\$0.0865
0,5cc 25G x 5/8" (originárias dos EAU)	3,000	\$0.0370
0,5cc 25G x 5/8" (originárias da China)	3,000	\$0.0380
Tipo K1: 0,5cc 23G x 1" (originárias da China)	3,000	\$0.0420
Tipo K1: 0,5cc 23G x 1" (originárias da Índia)	2,000	\$0.0317
Retráteis: 0,5cc 23G x 1"	800	\$0.1600
0,1cc 27G x 3/8" (originárias dos EAU)	3,000	\$0.0380
0,1cc 27G x 3/8" (originárias da China)	3,000	\$0.0348
0,05cc 26G x 3/8" (originárias dos EAU)	3,000	\$0.0380
0,05cc 26G x 3/8" (originárias da China)	3,000	\$0.0380
Retráteis: 0,05cc 26G x 3/8"	3,000	\$0.1000

* Estes são preços indicativos, para fins de planejamento, na modalidade livre no exportador (FCA), e não incluem logística internacional, seguro e outros custos operacionais. O preço efetivo e outros custos relevantes serão esclarecidos nos documentos de aquisição, como estimativas de preço.

EAU: Emirados Árabes Unidos

Fonte: <https://www.paho.org/pt/fundorotatorio>

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 XLIV Número 1 • Abril 2022

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 e Martha Velandia

OPAS/FPL/IM/22-0010

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2022.

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

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>



Primeira reunião anual da Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola

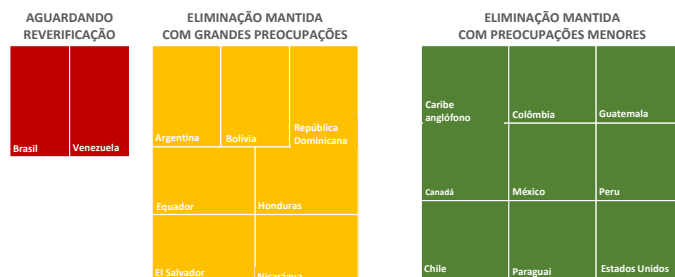
A Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação (RVC, na sigla em inglês) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizou sua primeira reunião anual no início de dezembro de 2021. Durante essa reunião, a Comissão concluiu que os Estados Membros demonstraram eliminação sustentada da rubéola e da SRC, mas o Brasil e a Venezuela estão aguardando a reverificação da eliminação do sarampo (Figura 7). A comissão reconhece os esforços extraordinários empreendidos pela Venezuela para interromper a transmissão endêmica do vírus do sarampo em 2019, mas levantou preocupações quanto à sustentabilidade devido a grandes lacunas de imunidade. O Brasil, por outro lado, continua tendo circulação endêmica do vírus do sarampo.

Os demais países da Região foram divididos pela comissão em duas subcategorias de eliminação: (a) mantida com grandes preocupações e (b) mantida com preocupações menores. A necessidade premente de implementar campanhas de vacinação de seguimento de alta qualidade foi considerada um fator-chave para agrupar países na subcategoria de "mantida com grandes preocupações", dado o impacto da pandemia nos serviços de imunização de rotina e a presença de grandes bolsões de indivíduos suscetíveis. Também se identificaram lacunas na vigilância epidemiológica. O grau e a dimensão dessas lacunas variam entre países e vão exigir a implementação, sem demora, de estratégias individualizadas.

Para esse fim, os países foram incentivados a se preparar e se prevenir contra os inevitáveis surtos de sarampo ou rubéola. Os países que não haviam baixado a idade da segunda dose para 18 meses foram incentivados a fazê-lo. Da mesma forma, pediu-se que os países que tivessem uma definição de caso "específica" para casos suspeitos de sarampo e rubéola a trocassem por uma definição mais sensível, conforme recomendado pelo Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis (sintomas que incluam tanto febre quanto erupções maculopapulares). Encorajou-se atenção para a vigilância epidemiológica em áreas de alto risco, além da resolução de lacunas de imunidade o mais rápido possível, por meio de campanhas de vacinação indiscriminada.

A comissão também reconheceu as enormes oportunidades de integrar as atividades de manutenção da eliminação do sarampo e da rubéola aos esforços de prevenção e controle da COVID-19. Se feita de forma sensata, essa integração deve ajudar a melhorar a cobertura vacinal e o desempenho da vigilância dessas doenças de notificação compulsória. Os países apresentaram exemplos de como isso poderia ser feito com sucesso em meio à pandemia de COVID-19 (como a implementação,

Figura 7. Situação da reverificação e sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola na Região das Américas, dezembro de 2021



Costa Rica, Cuba, Haiti, Panamá, Uruguai e os territórios franceses não enviaram relatórios anuais.

Fonte: Reunião anual da Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola (sessão virtual), 30 de novembro a 2 de dezembro de 2021.

no México, de uma campanha de seguimento de vacinação indiscriminada contra sarampo, rubéola e SRC, no começo do ano).

A qualidade dos relatórios nacionais de eliminação apresentados nessa reunião foi sempre excelente, com muitos dados e outras evidências complementares. Quase todos os Estados Membros da OPAS usaram o modelo da OPAS para apresentar os relatórios anuais. Apenas cinco países e os territórios franceses não cumpriram o requisito e não apresentaram relatórios. A próxima reunião anual ocorrerá no final de 2022 e analisará os dados de 2020 e 2021.

Em síntese, essa reunião ofereceu a oportunidade de sistematizar e formalizar as avaliações anuais dos relatórios nacionais sobre o progresso dos países no sentido de manter a Região livre da transmissão endêmica de sarampo e rubéola. Nesse sentido, a publicação *Regional Framework for the Monitoring and Re-Verification of Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome Elimination in the Americas* [Estrutura regional de monitoramento e reverificação da eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas] ¹⁷ foi usada para orientar a elaboração dos relatórios nacionais, e é a primeira estrutura regional dessa natureza em nível mundial. Além disso, a OPAS forneceu um modelo padronizado para facilitar a avaliação pelos membros da comissão. ■

¹⁷ Organização Pan-Americana da Saúde. Regional Framework for the Monitoring and Re-Verification of Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome Elimination in the Americas; 2022 [consultado em fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55074#:~:text=The%20Regional%20Framework%20for%20the,for%20monitoring%20and%20re%20verifying> (en anglais)