

Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite 2022–2024



Versão oficial em português da obra original em Inglês

Global Polio Surveillance Action Plan 2022–2024

© Organização Mundial da Saúde, 2022

ISBN: 978-92-4-004731-0 (versão eletrônica)

Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite 2022-2024

ISBN: 978-92-75-72618-1 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12618-9 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2022**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhual 3.0 OIG de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: no caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

Tradução: no caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

Referência bibliográfica sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite 2022-2024. Brasília, DF: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726181>.

Dados da catalogação: podem se consultar em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças: para adquirir publicações da OPAS, contate a sales@paho.org. Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, consulte <https://www.paho.org/en/publications/permissions-and-licensing>.

Materiais de terceiros: para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade: As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

BRA/FGL/2022

SUMÁRIO

Agradecimentos	iv
Siglas e abreviações	v
Sumário executivo	1
Introdução	3
Objetivos para 2022-2024	8
Vigilância de PFA	8
Objetivo 1. Aprimorar e sustentar a sensibilidade e a oportunidade da vigilância de PFA	8
Vigilância ambiental	15
Objetivo 2. Otimizar a rede de VA a fim de contribuir para a detecção oportuna de poliovírus	15
Vigilância de iVDPV	22
Objetivo 3. Estabelecer a vigilância de iVDPV para sustentar a erradicação da poliomielite	22
Rede Global de Laboratórios de Poliomielite	28
Objetivo 4. Manter e fortalecer a capacidade e competência da GPLN	28
Gerenciamento de informações e dados	35
Objetivo 5. Aumentar a eficiência na coleta, gerenciamento e uso de dados para ação	35
Gerenciamento e prestação de contas da vigilância	41
Objetivo 6. Melhorar o Gerenciamento e prestação de contas da vigilância	41
Anexos	46
Anexo A. Avaliação de risco do país	46
Anexo B. Auditoria de vigilância de PFA	49
Anexo C. Comportamento de busca de saúde	50
Anexo D. Vigilância baseada na comunidade	54
Anexo E. Indicadores	58
Anexo F. Oportunidade: Sobre maneiras de reduzir atrasos	65
Anexo G. Facilitação de uma força de trabalho de vigilância qualificada	68
Anexo H. Integração da vigilância do poliovírus	71
Anexo I. Vigilância de gênero e poliomielite	74
Anexo J. Orçamento e finanças	79
Anexo K. Recursos	82

AGRADECIMENTOS

Este relatório reflete contribuições de epidemiologistas, laboratoristas, especialistas em sistemas de informação, especialistas em saúde pública e gênero, de campo, regional e global, em um processo liderado pelos parceiros da agência GPEI: Rotary International, OMS, Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundação Bill & Melinda Gates e Gavi, a Vaccine Alliance.

SIGLAS E ABREVIações

PFA	Paralisia flácida aguda	iVDPV	Poliovírus derivado da vacina associado à imunodeficiência (do inglês <i>Immunodeficiency-associated vaccine-derived poliovirus</i>)
AFR	Região Africana	KPI	Indicador-chave de desempenho (do inglês <i>Key performance indicator</i>)
AMR	Região das Américas	M&A	Monitoramento e avaliação
CBS	Vigilância baseada na comunidade (do inglês <i>Community-based surveillance</i>)	MHR	Risco médio-alto (do inglês <i>Medium-high risk</i>)
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (do inglês <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)	MZR	Relatório mensal zero (do inglês <i>Monthly zero reporting</i>)
CIF	Formulário de investigação de caso (do inglês <i>Case investigation form</i>)	ONG	Organização não governamental
cVDPV	Poliovírus circulante derivado da vacina (do inglês <i>Circulating vaccine-derived poliovirus</i>)	nVOP2	Nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2 (do inglês <i>Novel oral polio vaccine type 2</i>)
cVDPV2	Poliovírus circulante derivado da vacina tipo 2	PFANP	Paralisia flácida aguda não poliomielite
DD	Deteção direta	NPEV	Enterovírus não poliomielite (do inglês <i>Non-polio enterovirus</i>)
DEM	Modelo de elevação digital (do inglês <i>Digital elevation model</i>)	OB	Surto (do inglês <i>Outbreak</i>)
DHIS2	District Health Information Software 2	OBRA	Avaliação da resposta ao surto (do inglês <i>Outbreak response assessment</i>)
EMR	Região do Mediterrâneo Oriental	VOP	Vacina oral contra a poliomielite
PAI	Programa Ampliado de Imunização	PCS	Estratégia de Pós-Certificação (do inglês <i>Post-Certification Strategy</i>)
VA	Vigilância ambiental	PID	Distúrbio de imunodeficiência primária (do inglês <i>Primary immunodeficiency disorder</i>)
eSurv	Vigilância eletrônica (do inglês <i>Electronic surveillance</i>)	POLIS	Sistema de Informações da Poliomielite (do inglês <i>Polio Information System</i>)
EUL	Lista de Uso de Emergência (do inglês <i>Emergency Use Listing</i>)	PRSEAH	Prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais (do inglês <i>Preventing and responding to sexual exploitation, abuse and harassment</i>)
EUR	Região Europeia	PV	Poliovírus
EV	Enterovírus	QA	Garantia da qualidade (do inglês <i>Quality assurance</i>)
FETP	Programa de treinamento em epidemiologia de campo (do inglês <i>Field epidemiology training programme</i>)	P&D	Pesquisa e desenvolvimento
FRR	Requisitos de recursos financeiros (do inglês <i>Financial resource requirements</i>)	RRT	Equipe de resposta rápida (do inglês <i>Rapid response team</i>)
GPEI	Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (do inglês <i>Global Polio Eradication Initiative</i>)	SEAR	Região do Sudeste Asiático
GPLN	Rede Global de Laboratórios de Poliomielite (do inglês <i>Global Polio Laboratory Network</i>)	POP	Procedimentos operacionais padrão
GPLNMS	Sistema Global de Gerenciamento de Rede de Laboratórios de Poliomielite (do inglês <i>Global Polio Laboratory Network Management System</i>)	ONU	Organização das Nações Unidas
GPSAP	Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite (do inglês <i>Global Polio Surveillance Action Plan</i>)	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (do inglês <i>United Nations Children's Fund</i>)
HR	Alto risco (do inglês <i>High risk</i>)	VDPV	Poliovírus Derivado da Vacina (do inglês <i>Vaccine-derived poliovirus</i>)
IA2030	Agenda de Imunização 2030 (do inglês <i>Immunization Agenda 2030</i>)	VHR	Risco muito alto (do inglês <i>Very high risk</i>)
IDP	Populações deslocadas internamente (do inglês <i>Internally displaced populations</i>)	VPD	Doença imunoprevenível (do inglês <i>Vaccine preventable disease</i>)
IFA	Informações para ação (do inglês <i>Information for action</i>)	WebIFA	Informações baseadas na internet para ação (do inglês <i>Web-based information for action</i>)
IPOW	Programa Provisório de Trabalho (do inglês <i>Interim Programme of Work</i>)	WHE	Emergências de Saúde da OMS (do inglês <i>WHO Health Emergencies</i>)
ITD	Diferenciação intratípica (do inglês <i>Intratypic differentiation</i>)	OMS	Organização Mundial da Saúde
IVB	Imunizações, Vacinas e Biológicos	WPR	Região do Pacífico Ocidental
		WPV	Poliovírus tipo selvagem (do inglês <i>Wild poliovirus</i>)
		WPV1	Poliovírus selvagem tipo 1
		WZR	Relatório zero semanal (do inglês <i>Weekly zero reporting</i>)

SUMÁRIO EXECUTIVO

O esforço global para erradicar o poliovírus selvagem (WPV) entrou em uma fase crítica. No início de 2022, o poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) persistia em dois países endêmicos, Afeganistão e Paquistão, e o poliovírus circulante derivado da vacina (cVDPV) foi detectado em comunidades subvacinadas de países livres de WPV em três das seis regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para obter a erradicação do WPV e encerrar a transmissão do cVDPV, a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI) lançou uma nova estratégia – a [Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026: Cumprimento de uma promessa](#). A Estratégia GPEI visa as barreiras para acabar com a transmissão de WPV1 e cVDPV e identifica um caminho para se alcançar a erradicação do WPV, com ênfase em investimentos contínuos e melhorias na qualidade da vigilância e oportunidade da detecção.

A GPEI conta com três tipos de vigilância para detectar poliovírus: vigilância para casos de paralisia flácida aguda (PFA) como abordagem de vigilância primária, complementada pela vigilância ambiental (VA) e vigilância para poliovírus em indivíduos com distúrbios de imunodeficiência primária (PIDs), denominadas vigilância do poliovírus derivado da vacina associado à imunodeficiência (iVDPV). Todos os três sistemas são apoiados pela Rede Global de Laboratórios de Poliomielite (GPLN) e pelo sistema de gerenciamento de dados e informações da poliomielite.

Desde o último Plano de Ação de Vigilância Global da Poliomielite (GPSAP), 2018-2020, a vigilância de campo e laboratorial enfrentou novos desafios. O surgimento do coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) no final de 2019 e a subsequente pandemia global de COVID-19 levaram a uma suspensão temporária das atividades da poliomielite em muitos países. Embora o desempenho da vigilância tenha diminuído nos primeiros meses da pandemia, um número recorde de poliovírus foi detectado em 2020, refletindo amplos retrocessos resultantes da suspensão das atividades de resposta a surtos. Antes da COVID-19, no entanto, muitos países ainda enfrentavam algumas lacunas na vigilância do poliovírus em níveis subnacionais. Em alguns países, o baixo desempenho foi mais localizado em distritos com áreas de difícil acesso e em populações de alto risco com acesso limitado ao setor formal de saúde. Além desses desafios, alguns países se deparam com recursos limitados – humanos e financeiros – devido ao desvio de recursos da vigilância da poliomielite para outras prioridades de saúde pública (incluindo a COVID-19) ou a situação financeira atual que resultou na diminuição do apoio da GPEI aos países.

Esse novo Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite (GPSAP) 2022–2024 é o primeiro de dois planos de ação que devem cumprir a visão da Estratégia GPEI. O objetivo é traduzir a estratégia em ação por meio do foco no aumento da velocidade da detecção do poliovírus, melhorando a qualidade da vigilância em nível subnacional, promovendo a integração da vigilância da poliomielite com a vigilância de outras doenças imunopreveníveis (VPDs) propensas à epidemia e a integração da equidade de gênero nas atividades de vigilância e programação como um fator facilitador chave.

O GPSAP 2022–2024 está organizado em seis objetivos de apoio mútuo:

1. Aprimorar e sustentar a sensibilidade e a oportunidade da vigilância de PFA.
2. Otimizar a rede de VA a fim de contribuir para a detecção oportuna de poliovírus.
3. Estabelecer a vigilância de iVDPV para sustentar a erradicação da poliomielite.
4. Manter e fortalecer a capacidade e competência do GPLN.
5. Aumentar a eficiência na coleta, gerenciamento e uso de dados para ações.
6. Melhorar o gerenciamento e a prestação de contas da vigilância.

O GPSAP 2022–2024 concentra-se em países selecionados que foram identificados como “países prioritários” devido a lacunas persistentes na vigilância e vulnerabilidade crônica à transmissão do poliovírus; no entanto, todos os países são incentivados a adotar as ações e recomendações propostas. Foram identificadas atividades em nível nacional, regional e global para ajudar a cumprir as metas

estabelecidas pela Estratégia GPEI - particularmente em relação à obtenção de um novo padrão para a pontualidade da detecção, com a chegada de amostras ao laboratório dentro de 14 dias após o início da paralisia para um caso de PFA e com resultados de testes e sequenciamento relatados no prazo de 35 dias desde o início da paralisia.

Para apoiar esses e outros objetivos da Estratégia GPEI, o GPSAP 2022–2024 se concentra na melhoria dos sistemas de vigilância com indicadores de oportunidade e qualidade da vigilância que apoiarão o progresso do monitoramento em nível global e nos países prioritários. Como parte do GPSAP, a GPEI incentivará e trabalhará com os países para realizar avaliações de comportamento de busca de saúde adaptando seus formulários de investigação de casos de PFA (CIFs) de modo a documentar encontros anteriores de casos e seus cuidadores.. Uma análise dos dados CIF ajudará a identificar indivíduos e estabelecimentos que não fazem parte da rede de notificações de PFA que devem ser avaliados para inclusão de modo a aumentar a sensibilidade da vigilância de PFA. Essas análises também ajudarão a entender o comportamento de busca de saúde de comunidades e populações vulneráveis e orientar as atividades de vigilância, tais como a vigilância baseada na comunidade (CBS). Além disso, o novo GPSAP prioriza a expansão direcionada de locais de VA nos países selecionados e oferece suporte focado para países com redes de VA abaixo do ideal. A GPEI também introduzirá novas metodologias e tecnologias para acelerar a detecção e fechar as lacunas de vigilância. Com base em anos de pesquisa e desenvolvimento (P&D), uma nova metodologia de teste sem cultura de células chamada detecção direta (DD) será testada juntamente com o sequenciamento expandido em laboratórios selecionados; se for bem sucedido, será implementado de forma mais ampla. A GPEI também acelerará a atualização do sistema arcaico de informações para ação (IFA), investindo em informações baseadas na internet e plataformas de gerenciamento de dados, como o WebIFA. Para apoiar ainda mais a detecção oportuna, a GPEI testará um sistema eletrônico de rastreamento de amostras para acompanhar as amostras em tempo real desde o ponto de coleta até os resultados finais laboratoriais, o que garantirá que os programas nacionais possam localizar e agir se uma amostra atrasar em qualquer momento do processo.

Como a Estratégia GPEI prioriza mudanças para melhorar o sucesso na linha de frente e no campo, cada objetivo GPSAP aborda diretamente o desenvolvimento e sustentação da capacidade humana. O GPSAP 2022–2024 eleva o valor fundamental de um ambiente de trabalho de apoio, abrangendo todo o espectro de atividades para recrutamento, treinamento e retenção de pessoal qualificado. Os programas são incentivados a aumentar o equilíbrio de gênero de seu pessoal, instituir políticas de prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais (PRSEAH) e promover a equidade de gênero como meio para garantir um ambiente de trabalho seguro e favorável. Como parte de um esforço para garantir a equidade de gênero no alcance da vigilância, as medidas de desempenho incluirão a avaliação de dados desagregados por sexo. Além disso, serão estabelecidos mecanismos para análise de sinalizadores de possível inequidade de gênero.

Durante esse período GPSAP, os programas nacionais precisarão equilibrar as prioridades de integração com a manutenção dos altos padrões de vigilância necessários para alcançar a erradicação do WPV. O ponto-chave para esse esforço será garantir que a força de trabalho esteja equipada e preparada para promover a integração da vigilância da poliomielite com a vigilância de outras doenças propensas à epidemia. Juntamente com parceiros e partes interessadas, incluindo o Departamento de Imunização, Vacinas e Biológicos da OMS (IVB) e o programa de Emergências de Saúde da OMS (WHE), serão tomadas medidas para avaliar as necessidades compartilhadas e apoiar a sustentabilidade a longo prazo da vigilância da poliomielite, particularmente como parte do planejamento pós-certificação.

O GPSAP foi desenvolvido pelo Grupo de Vigilância GPEI, em que estão representados os parceiros da GPEI, as regiões da OMS e os especialistas em vigilância de campo e laboratorial. Esse GPSAP estará em vigor a partir da primeira metade do período da Estratégia GPEI – de 2022 até meados de 2024. No início de 2024, o progresso geral na implementação será reavaliado e um novo plano de ação que capture novos desenvolvimentos e reflita as mudanças nas políticas e prioridades será desenvolvido para cobrir a parte restante da Estratégia GPEI.

INTRODUÇÃO

A vigilância do poliovírus é um dos principais pilares do esforço global de erradicação do poliovírus. O principal sistema para detectar a transmissão do poliovírus é a vigilância de casos de poliomielite em indivíduos com paralisia flácida aguda (PFA), complementada pela vigilância ambiental (VA) para detecção de poliovírus em esgotos e águas residuais e vigilância para poliovírus em indivíduos com distúrbios de imunodeficiência primária (PIDs), denominadas vigilância do poliovírus derivado da vacina associado à imunodeficiência (iVDPV).¹ A vigilância do poliovírus é apoiada por uma Rede Global de Laboratórios de Poliovírus (GPLN) que funciona bem e um abrangente Sistema de Informações da Poliomielite (POLIS) que permite acesso imediato a dados para orientar a ação.

Em conjunto, os três sistemas de vigilância (vigilância de PFA, ambiental e iVDPV), a GPLN e o POLIS são essenciais para a erradicação da poliomielite. Cada área de trabalho funciona desde o nível de campo dentro dos países até os níveis regional e global e em toda a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI), que neste documento será chamada de “o programa”.

O Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite (GPSAP) 2022–2024 se baseia no último GPSAP de 2018–2020, que introduziu uma série de intervenções e inovações, incluindo atividades direcionadas para fortalecer a VA, novas estratégias para acessar populações de difícil acesso, orientações para o estabelecimento da Vigilância de iVDPV com pilotos em andamento em países selecionados, um fórum para coordenação de sistemas de informação de vigilância e orientação padronizada para apoiar o trabalho essencial na vigilância de campo.² O novo GPSAP 2022–2024 também está alinhado com os componentes de vigilância da nova Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022–2026: Cumprimento de uma promessa, que será chamada de **Estratégia GPEI**.³ Para apoiar ainda mais as mudanças na GPEI de modo a fortalecer a colaboração com outros programas de saúde, o GPSAP 2022–2024 se baseia na Estratégia global para vigilância abrangente de doenças imunopreveníveis (VPD) e em uma estratégia global de preparação para pandemias, atualmente em desenvolvimento.⁴

CONTEXTO

Ao ser lançado o GPSAP 2022–2024, o poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) persiste atualmente no Afeganistão e no Paquistão, juntamente com o poliovírus circulante derivado da vacina tipo 2 (cVDPV2). A GPEI também enfrenta um aumento nos surtos de poliovírus circulantes derivados da vacina (cVDPV) que afetam países livres de WPV em cinco das seis regiões da OMS desde 2019 – uma crise urgente exacerbada pela pandemia da COVID-19.

A detecção tardia da transmissão de WPV1 e cVDPV2 é um dos maiores riscos para o programa de erradicação da poliomielite. A vigilância inadequada nos níveis subnacionais, inclusive em áreas de difícil acesso e com populações especiais que podem ser inacessíveis ao programa, afeta a capacidade da GPEI de detectar a transmissão do poliovírus e responder em tempo hábil. As lacunas subnacionais na vigilância da poliomielite continuam a ser evidentes, particularmente no Afeganistão e no Paquistão e em alguns países com surtos.

¹ Embora o objetivo da vigilância da poliomielite em pacientes com PID seja detectar qualquer excreção de poliovírus além dos VDPVs, para facilitar a referência, daqui em diante será denominada “vigilância de iVDPV”.

² Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite, 2018–2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-EN-1.pdf>).

³ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022–2026: Cumprimento de uma promessa. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345967/9789240031937-eng.pdf>).

⁴ Estratégia global para a vigilância abrangente de doenças imunopreveníveis (VPD). Imunizações, Vacinas e Biológicos da OMS (IVB) Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-for-comprehensive-vaccine-preventable-disease-\(vpd\)-surveillance](https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-for-comprehensive-vaccine-preventable-disease-(vpd)-surveillance)). Programa de Emergências de Saúde da OMS (WHE) Estratégia global de preparação para pandemias. Em preparação.

A pandemia da COVID-19 também contribuiu para um declínio no número de casos de PFA notificados, pois as medidas de segurança limitaram o movimento doméstico e internacional, e o comportamento de busca de saúde da comunidade mudou drasticamente.

A Estratégia GPEI enfatiza que o risco de detecção tardia da transmissão do poliovírus, agravado por uma série de desafios logísticos que estendem o tempo de resposta além da janela de impacto máximo, representa um dos maiores riscos para a erradicação global da poliomielite.

Além disso, com a introdução da nova vacina oral contra poliovírus tipo 2 (nVOP2), agora disponível sob um procedimento de Licenciamento de Uso de Emergência (EUL) da Organização Mundial da Saúde (OMS) para resposta rápida a surtos de cVDPV2, altos níveis de vigilância da poliomielite serão imperativos, particularmente no contexto de monitoramento pós-campanha. Será necessária confiança na infraestrutura de vigilância da poliomielite para obter informações completas, oportunas e precisas sobre o poliovírus para atender aos requisitos regulatórios e as solicitações finais de pré-qualificação da nVOP2⁵.

Outro desafio premente que a GPEI enfrenta durante este período do GPSAP é a transição, que se refere à transição acelerada e baseada em risco de pessoal e infraestrutura da GPEI para os Estados Membros e programas essenciais de imunização ou emergência de saúde⁶. A transição é um grande passo em frente – e necessário à medida que a GPEI se aproxima do seu objetivo. No entanto, esse processo também gera alguma incerteza em relação à capacidade dos países de manter uma vigilância da poliomielite de alta qualidade. À medida que a transição continua a ser implementada em todas as regiões da OMS, os programas nacionais precisarão equilibrar as prioridades de integração com a manutenção dos altos padrões necessários para alcançar a erradicação. No futuro, a GPEI integrará atividades específicas da poliomielite com as de outras VPDs ou programas de preparação para emergências de modo a facilitar o processo de transição e garantir a sustentabilidade da erradicação da poliomielite.

COVID-19 e vigilância da poliomielite

Quando ocorreu a primeira onda de COVID-19 no início de 2020, a GPEI recomendou interações limitadas na linha de frente para proteger a equipe de campo e as comunidades do programa. Durante essa pausa operacional, as campanhas de imunização foram adiadas e os programas nacionais enfrentaram grandes desafios. Os lockdowns domésticos limitaram a capacidade da equipe de campo de realizar atividades de vigilância, e o fechamento das fronteiras nacionais e internacionais impediu que as amostras fossem enviadas ou chegassem aos laboratórios para testes, o que consequentemente atrasou a detecção de vários surtos de poliomielite. Globalmente, também foi afetado o nível mínimo de vigilância da poliomielite que poderia ser mantido, pois a pandemia de COVID-19 criou impactos muito desproporcionais em todas as regiões.* No entanto, mesmo com a queda do desempenho da vigilância durante os primeiros meses de 2020, um número recorde de vírus foi detectado, indicando que um nível mínimo de vigilância foi mantido apesar desses desafios. Além disso, a pandemia de COVID-19 destacou a importância e a confiabilidade da rede de vigilância da poliomielite para outras doenças propensas à epidemia. Em vários países, a infraestrutura de vigilância de campo da poliomielite foi totalmente utilizada para a resposta à COVID-19.

* Zomahoun DJ, Burman AL, Snider CJ, Chauvin C, Gardner T, Lickness JS, Ahmed JA, Diop O, Gerber S, Anand A. Impact of COVID-19 Pandemic on Global Poliovirus Surveillance. *MMWR-Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2021 Jan 1;69(5152):1648-1652 (<http://doi.org/10.15585/mmwr.mm695152a4>).

⁵ Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (GPEI). Requisitos de Vigilância Laboratorial e de Campo da Pólio no Contexto de Uso do nOPV2. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/10/nOPV2-Surveillance-Guidance-1.pdf>).

⁶ Conselho Independente de Monitoramento da Transição da Poliomielite (TIMB). Quarto relatório, Navegando na complexidade. Janeiro de 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/4th-TIMB-Report-Navigating-Complexity-20210131.pdf>).

PROPÓSITO

O objetivo deste GPSAP 2022–2024 é definir as estratégias e atividades de vigilância necessárias para alcançar e manter um sistema de vigilância sensível o suficiente para detectar a circulação de qualquer poliovírus. Também se destina a fortalecer a coordenação entre os sistemas de vigilância de campo GPEI, a vigilância laboratorial a GPLN, o POLIS e o gerenciamento de dados, e a gestão de equipes nacionais, regionais e globais.

Novos temas transversais

Um componente importante do GPSAP é traduzir a Estratégia GPEI em ação. Assim, um foco especial será aumentar a velocidade de detecção do poliovírus, melhorar a qualidade da vigilância subnacional, promover a integração da vigilância da poliomielite com outros programas de VPD e integrar a equidade de gênero nas atividades de vigilância e programação como um fator-chave para a erradicação da poliomielite.

- **Velocidade de detecção do poliovírus:** a detecção tardia da transmissão do poliovírus afeta negativamente a resposta ao surto, permitindo que o vírus se espalhe sem intervenções. A Estratégia GPEI visa encurtar o tempo entre a detecção e a resposta, com **≥ 80% dos poliovírus confirmados e sequenciados dentro de 35 dias após o início do caso (ou da coleta de amostra para VA)**. O cumprimento dessa meta depende de ações oportunas em todo o sistema de vigilância da poliomielite, desde a detecção e investigação de casos até a remessa de amostras e processamento laboratorial, e para todos os três tipos de sistemas de vigilância de campo (vigilância de PFA, ambiental e iVDPV).
- **Qualidade da vigilância subnacional:** os países endêmicos e com surtos parecem ter sistemas de vigilância de PFA sensíveis em nível nacional; no entanto, essa visão de alto nível pode esconder lacunas em níveis subnacionais, incluindo áreas de difícil acesso e populações especiais. O GPSAP visa melhorar a qualidade da vigilância no nível subnacional, otimizando a VA e fortalecendo a vigilância de PFA de modo a alcançar uma **taxa de PFA não-poliomielite (PFANP) ≥ 2 por 100.000 crianças < 15 anos de idade em pelo menos 80% dos distritos (ou nível administrativo 2) com população < 15 anos de pelo menos 100.000**, em países prioritários.
- **Equidade de gênero:** a GPEI reconhece que a equidade de gênero é fundamental para o sucesso do esforço de erradicação⁷. O GPSAP prioriza a coleta sistemática de dados desagregados por sexo e uma análise de gênero para orientar a tomada de decisões e abordar as lacunas e barreiras identificadas. Também inclui a provisão de capacitação com foco em gênero. Os programas nacionais devem implementar medidas de prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais (referidos como políticas PRSEAH), treinar a equipe de vigilância sobre relatórios confidenciais existentes e comprometer-se a garantir que mecanismos e sistemas de apoio sensíveis ao gênero estejam em vigor.
- **Integração:** a integração da vigilância da poliomielite não é apenas um passo em direção à transição dos recursos e funções da poliomielite apoiados pela GPEI em preparação para a era pós-certificação; é também um meio de moldar um mundo sustentável e livre da poliomielite por meio da colaboração sistemática com outros atores da saúde pública. Embora esse trabalho já esteja em andamento em algumas regiões da OMS, o programa se baseará nas lições aprendidas para promover sistematicamente a integração. O GPSAP orienta os países e regiões a identificar áreas de integração em cada estágio do processo de vigilância da poliomielite, desde a vigilância de campo até a vigilância laboratorial e sistemas de gerenciamento de informações e dados.

⁷ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Estratégia de Equidade de Gênero 2019–2023. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Gender-Strategy.pdf>).

OBJETIVOS

Há seis objetivos de apoio mútuo do GPSAP 2022–2024.

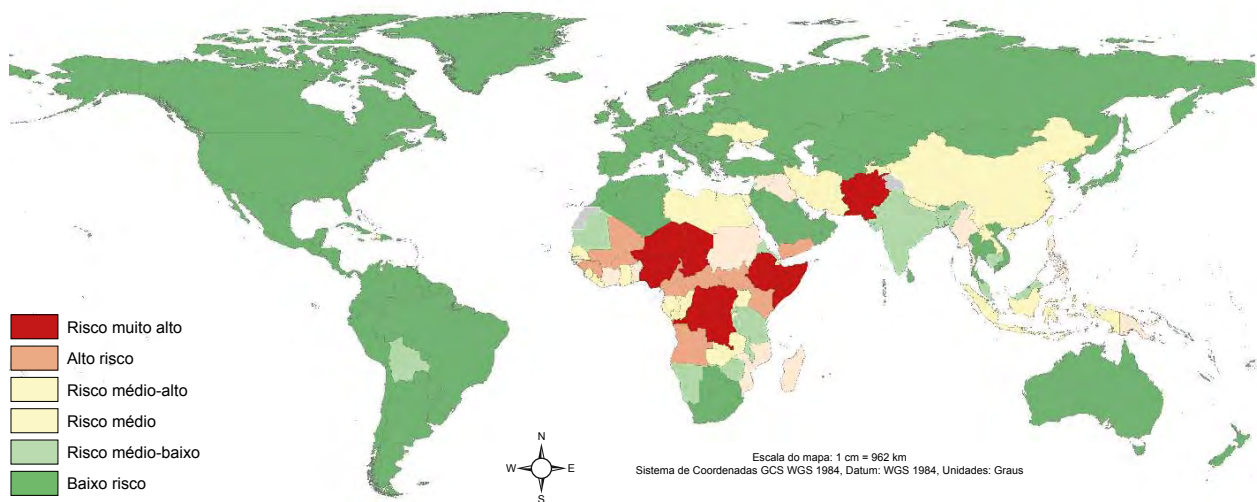
1. Aprimorar e sustentar a sensibilidade e a oportunidade da vigilância de PFA.
2. Otimizar a rede de VA a fim de contribuir para a detecção oportuna de poliovírus.
3. Estabelecer a vigilância de iVDPV para sustentar a erradicação da poliomielite.
4. Manter e fortalecer a capacidade e competência do GPLN.
5. Aumentar a eficiência na coleta, gerenciamento e uso de dados para ação.
6. Melhorar a gestão e a responsabilidade da vigilância.

GEOGRAFIA

Embora o propósito do GPSAP 2022–2024 e seu alinhamento com os objetivos da Estratégia GPEI sejam de natureza global, o GPSAP está principalmente focado em países prioritários.

Os países prioritários definidos abaixo foram identificados por meio de um exercício de avaliação de risco coordenado pelo Grupo de Vigilância GPEI que envolveu várias contribuições, incluindo avaliações de risco regionais da OMS, avaliações de risco global, planos regionais de transição e avaliações dos obstáculos de cada país à erradicação (**Figura 1 e Anexo A. Avaliação de risco do país**).

Figura 1 – Avaliação de risco em nível de país (em janeiro de 2022)



Os países identificados com risco muito alto, alto e médio-alto são aqueles identificados como tendo lacunas persistentes na vigilância e vulnerabilidade à transmissão do poliovírus (**Tabela 1**). Essa lista de países prioritários é definida para a duração do GPSAP 2022–2024; no entanto, outros países podem ser priorizados novamente ou adicionados à medida que forem identificados riscos ou lacunas importantes na vigilância.

Tabela 1 – Países prioritários

Grupo prioritário	Região da OMS	Lista de países
Risco muito alto (VHR)	Africana	Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Níger, Nigéria
	Mediterrâneo Oriental	Afeganistão, Paquistão, Somália
Alto risco (HR)	Africana	Angola, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Guiné, Quênia, Mali, Sudão do Sul
	Mediterrâneo Oriental	Iémen
Risco médio alto (MHR)	Africana	Benin, Costa do Marfim, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Madagascar, Moçambique, Togo
	Mediterrâneo Oriental	Iraque, Sudão, República Árabe Síria
	Sudeste Asiático	Mianmar
	Pacífico Ocidental	Papua Nova Guiné, Filipinas

CRONOGRAMA

Como a nova Estratégia GPEI abrange o período 2022–2026 com uma análise intermediária planejada para o final de 2023, esse GPSAP abrangerá 2022–2024, o período inicial da estratégia global do programa. Um plano de ação de vigilância revisado será desenvolvido no início de 2024 para cobrir 2024–2026, o segundo período da Estratégia GPEI. Ele refletirá quaisquer análises feitas durante a análise intermediária da Estratégia GPEI, com foco nos requisitos de certificação.

PÚBLICO

O GPSAP 2022–2024 foi desenvolvido pelo Grupo de Vigilância GPEI, em que estão representados os parceiros GPEI, pontos focais regionais e especialistas em vigilância de campo e laboratorial. O novo plano de ação destina-se ao uso de indivíduos, organizações e países envolvidos nos esforços de erradicação da poliomielite. Como tal, os leitores em potencial incluem: gestores e funcionários do programa nacional de poliomielite e imunização; pontos focais nacionais e regionais para a erradicação da poliomielite na OMS e no Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); programas de imunização e emergências sanitárias; órgãos consultivos técnicos de erradicação e imunização da poliomielite; e parceiros da agência GPEI.

OBJETIVOS PARA 2022-2024

VIGILÂNCIA DE PFA

Objetivo 1. Aprimorar e sustentar a sensibilidade e a oportunidade da vigilância de PFA

Retrospectiva

A vigilância de PFA continua sendo a pedra angular do esforço de erradicação da poliomielite e o padrão-ouro para detectar a circulação em qualquer lugar de um país. Todos os países devem ser capazes de detectar indivíduos com suspeita de PFA em qualquer segmento da população por meio de pelo menos uma das três estratégias: vigilância ativa, vigilância passiva e vigilância baseada na comunidade.⁸

Os desafios práticos, no entanto, podem prejudicar a obtenção de sensibilidade e oportunidade suficientes para a vigilância de PFA. A própria cobertura da vigilância de PFA pode ser limitada por vários motivos, incluindo a incapacidade de acessar rotineiramente populações especiais ou áreas de difícil acesso. Dentro do programa, pode haver uma rápida rotatividade de pessoal e oportunidades limitadas de treinamento que afetam a qualidade da vigilância – ou, no nível de gestão, pode haver análise limitada dos dados necessários para impulsionar a ação. Em países livres de WPV, a vigilância da poliomielite é frequentemente não priorizada, o que pode levar à detecção tardia de importações e emergências. Em todos os países, a pandemia de COVID-19 também afetou negativamente a sensibilidade e a oportunidade do sistema de vigilância de PFA, mesmo que a própria rede de vigilância da poliomielite tenha prestado apoio crucial para ajudar a conter a COVID-19, demonstrando que ela pode ir além da vigilância da poliomielite de modo a rastrear quaisquer VPDs, surtos ou eventos de saúde.

Para abordar as lacunas de vigilância, os programas nacionais devem identificar e compreender as limitações exclusivas de sua vigilância de PFA de modo implementar estratégias efetivas. As atividades a seguir ajudam a focar em melhorias fundamentais para fortalecer a sensibilidade e oportunidade da vigilância de PFA (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Principais atividades e indicadores-chave de desempenho/processo para o Objetivo 1

Principais atividades	Indicadores-chave de desempenho/processo
1. Alcançar e manter a vigilância sensível da PFA, com esforços direcionados para identificar e abordar as lacunas subnacionais	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 80% dos distritos com > 100.000 habitantes com menos de 15 anos de idade alcançando uma taxa de PFANP anual de ≥ 2/100.000
2. Melhorar a oportunidade na detecção de casos, investigação e transporte de amostras	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 80% dos casos de PFA com duas fezes coletadas, ambas com ≥ 24 horas de intervalo, e recebidas em um laboratório credenciado pela OMS dentro de 14 dias após o início da paralisia.
3. Facilitar o desenvolvimento e manutenção de uma força de trabalho qualificada	<ul style="list-style-type: none"> • Publicar orientações de campo atualizadas no site da GPEI até meados de 2022 • Finalizar o pacote de treinamento e publicar online até meados de 2022
4. Implementar atividades de M&A focadas, incluindo análise crítica dos processos de vigilância e dados para ação	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório mensal sobre os KPIs usados para direcionar melhorias, incluindo análises desagregadas por sexo
5. Integrar a vigilância de PFA com outros programas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países prioritários com ferramenta de vigilância ativa que integra doenças selecionadas propensas à epidemia • Número de países com treinamento integrado

PFA = paralisia flácida aguda; GPEI = Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; KPIs = indicadores-chave de desempenho; M&A = monitoramento e avaliação; PFANP = paralisia flácida aguda não poliomielite; OMS = Organização Mundial da Saúde

⁸ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Orientações Globais para Paralisia Flácida Aguda (PFA) e Vigilância do Poliovírus. Em preparação.

Atividade 1. Alcançar e manter a vigilância sensível da PFA, com esforços direcionados para identificar e abordar as lacunas subnacionais

Para conseguir e manter uma vigilância sensível de PFA em todo o país é preciso uma análise crítica do desempenho da vigilância, pois os resultados da análise permitem que os países ajustem sua rede de notificação e estratégias de vigilância de PFA de modo a visar e abordar efetivamente as comunidades em risco.

A GPEI recomenda os seguintes passos para melhorar a vigilância de PFA:

- Revisar a rede de vigilância ativa (incluindo a priorização dos locais de notificação, a oportunidade e integridade das visitas ao local e a cobertura da rede) e certificar-se de que todo o pessoal de vigilância esteja envolvido e seja responsável pela realização de visitas ao local de vigilância ativa.
- Mapear áreas de difícil acesso e populações especiais em nível subnacional para identificar áreas de baixo desempenho ou outros pontos cegos.
- Realizar análises de dados desagregadas por situação de alto risco, sexo, comportamento de busca de saúde e outros critérios semelhantes para ajudar a identificar lacunas subnacionais e as possíveis razões dessas lacunas, bem como estratégias para superá-las (**Anexo B. Auditoria de vigilância de PFA e Anexo C. Comportamento de busca de saúde**).

A vigilância baseada na comunidade (CBS) pode aumentar ainda mais a sensibilidade da vigilância de PFA e a oportunidade da detecção de casos, ao mesmo tempo em que aumenta o envolvimento e a aceitação da comunidade. A CBS é recomendada onde a vigilância baseada nas unidades de saúde não pode ser realizada ou não está funcionando de maneira ideal, particularmente em populações de alto risco ou áreas com risco elevado de transmissão não detectada do poliovírus. A CBS deve ser analisada caso a caso, pois pode consumir muitos recursos. Antes de iniciar o estabelecimento de CBS, os programas nacionais devem realizar uma avaliação das necessidades de CBS para identificar quaisquer barreiras, incluindo uma avaliação do comportamento de busca de saúde (**Anexo C**). Com base nessa avaliação, outras atividades podem ser suficientes e mais fáceis de implementar, como o acréscimo de provedores informais de saúde à rede de vigilância ativa, o desenvolvimento de serviços de extensão ou o aproveitamento das redes existentes para outras doenças (**Anexo D. Vigilância baseada na comunidade**).

A melhoria da qualidade, da precisão e da disponibilidade dos dados para que fiquem próximos do tempo real também aumentará a sensibilidade do sistema de vigilância de PFA. A mudança de todas as ferramentas de coleta de dados em papel e em nível de campo para um formato eletrônico será uma prioridade do GPSAP 2022–2024, visando vigilância ativa, supervisão e CBS (ver **Objetivo 5**).

Os países endêmicos e com surtos precisam **fechar as lacunas de vigilância em distritos com baixo desempenho**. Isso deve ser feito melhorando a vigilância ativa e garantindo o acesso para populações especiais e em áreas de difícil acesso.

Tarefas da atividade 1

- ✓ Realizar uma auditoria do sistema de vigilância de PFA, analisando especificamente o desempenho subnacional. Cogitar uma auditoria anual (**Anexo B**).
- ✓ Fortalecer e expandir o uso da vigilância ativa por todos os atores, especialmente no nível subnacional, e cogitar a análise das ferramentas para cobrir tanto PFA quanto VPDs ou doenças propensas à epidemia.
- ✓ Até o primeiro trimestre de 2022, as Regiões da África e do Mediterrâneo Oriental da OMS devem listar áreas geográficas para possível exploração de CBS (**Anexo D**).

Atividade 2. Melhorar a oportunidade na detecção de casos, investigação e transporte de amostras

A detecção tardia da transmissão do poliovírus é um dos maiores desafios para erradicar a poliomielite, pois afeta negativamente a oportunidade e a efetividade da resposta ao surto e quase inevitavelmente leva à expansão da transmissão.

Para melhorar a oportunidade da detecção na vigilância de PFA, o programa visará reduzir todos os atrasos desde o início da paralisia até a chegada das amostras a um laboratório credenciado pela OMS, para serem concluídas em 14 dias. Cada etapa do processo será direcionada para intervenções que economizem tempo, e todos os países e regiões da OMS serão monitorados em nível global por meio de indicadores atuais e novos para rastreamento da oportunidade da detecção (**Anexo E. Indicadores**).

Os países prioritários precisarão identificar e direcionar os gargalos em todas as etapas do processo – desde o início da paralisia até a chegada de amostras de fezes a um laboratório credenciado pela OMS. Isso será fundamental para reduzir os atrasos na detecção e resposta a surtos.

Para apoiar a detecção oportuna de casos, a vigilância ativa será priorizada para melhoria por meio da introdução de ferramentas eletrônicas para implementação em campo e supervisão e monitoramento (ver **Objetivo 5**).

Para apoiar a remessa oportuna de amostras para os laboratórios, um sistema de rastreamento eletrônico será testado em localidades geográficas selecionadas que sofrem atrasos persistentes desde o ponto de coleta até os resultados finais laboratoriais (ver **Objetivo 5**). O rastreamento de campo e a vigilância laboratorial ajudarão a identificar gargalos em que sejam necessárias intervenções para reduzir atrasos (**Anexo F. Oportunidade: Maneiras de reduzir atrasos**).

No geral, a identificação de gargalos será alcançada por meio de análises regulares, análises periódicas e uma melhor compreensão do comportamento de busca de saúde dos casos de PFA e seus cuidadores. Isso incluirá a coleta e análise sistemática de dados desagregados por sexo, idade e outros fatores para apoiar a identificação de barreiras à procura de atendimento relacionadas ao gênero. Os resultados serão usados para introduzir modificações efetivas e oportunas nas atividades de vigilância de PFA, especialmente na melhoria da vigilância ativa, na detecção de casos de PFA e no transporte de amostras.

Tarefas da atividade 2

- ✓ Monitorar a oportunidade da detecção em relação aos indicadores recém-desenvolvidos (**Anexo E**).
- ✓ Acompanhar os atrasos no nível subnacional em todas as etapas do processo de vigilância (**Anexo F**).
- ✓ Implementar o monitoramento piloto em tempo real do movimento das amostras desde o ponto de coleta até a chegada a um laboratório credenciado pela OMS nos países prioritários selecionados (Chade, República Democrática do Congo, Somália e Sudão do Sul) e adotar medidas para resolver os gargalos na coleta e/ou tempo de transporte (**Anexo F**).
- ✓ Introduzir o comportamento de busca de saúde e o gênero nas ferramentas de coleta e análise de dados.

Atividade 3. Facilitar o desenvolvimento e manutenção de uma força de trabalho qualificada

Uma força de trabalho experiente e qualificada é fundamental para a vigilância de PFA e sua sustentabilidade dentro de um sistema integrado de vigilância de doenças propensas a epidemia ou VPD.

Para desenvolver e sustentar a força de trabalho de vigilância de PFA, os países devem considerar todo o espectro de recursos humanos – desde a seleção de pessoal para vagas, até a capacitação por meio de investimentos em programas de treinamento, até a avaliação do desempenho de rotina por meio de supervisão de apoio e orientação no trabalho. Também deve ser dada atenção específica ao avanço da equidade de gênero e ao aumento do equilíbrio de gênero das equipes por meio de processos de recrutamento e retenção (**Anexo G. Facilitação de uma força de trabalho qualificada**).

Espera-se que os países prioritários forneçam treinamento de atualização em vigilância integrada dentro do período GPSAP de 2022–2024.

Além disso, os países devem garantir que o pessoal envolvido na vigilância de PFA esteja equipado para realizar a vigilância de uma forma que apoie a abordagem da GPEI para integração e sustentabilidade de longo prazo de modo a manter a erradicação da poliomielite, incluindo conhecimentos e habilidades de outras vigilâncias de VPD e emergências de saúde em treinamento e desenvolvimento (**Anexo H. Integração da vigilância do poliovírus**). Para esse efeito, pode ser útil explorar possíveis vínculos com os programas de treinamento existentes, tal como o programa de treinamento em epidemiologia de campo (FETP). Durante a pandemia da COVID-19, muitas atividades de treinamento foram canceladas ou adiadas. Os países prioritários precisarão, portanto, garantir que seu pessoal de vigilância receba pelo menos um treinamento de atualização no período de 2022-2024. Além dos aspectos técnicos da vigilância, os treinamentos devem incluir habilidades de gerenciamento, habilidades de comunicação interpessoal e componentes de treinamento relacionados ao gênero, tais como a realização de análises de dados de gênero, a compreensão das barreiras à imunização e vigilância relacionadas ao gênero e o apoio às políticas PRSEAH (**Anexo I. Vigilância de Gênero e Poliomielite**).⁹

Tarefas da atividade 3

- ✓ Atualizar as Orientações Globais para Paralisia Flácida Aguda (PFA) e Vigilância do Poliovírus e publicar no site da GPEI até meados de 2022.
- ✓ Atualizar o pacote de treinamento de vigilância de PFA existente com módulos de treinamento em gerenciamento, comunicação interpessoal, componentes relacionados a gênero e integração até meados de 2022.
- ✓ Adaptar o pacote de treinamento de vigilância de PFA ao público online e publicar versões traduzidas em árabe, francês e espanhol.
- ✓ Garantir um treinamento de atualização em vigilância integrada no período de 2022-2024. As regiões devem apoiar os países que desenvolverem um plano de treinamento no primeiro trimestre de 2022.

⁹ A diretiva normativa da OMS sobre proteção contra exploração e abuso sexual está disponível online ([https://www.who.int/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-\(sea\)](https://www.who.int/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-(sea))). Uma seção PRSEAH dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para responder a um evento ou surto de poliomielite aparecerá em uma versão futura, que será publicada no site da GPEI (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/outbreak-preparedness-response>).

Atividade 4. Implementar atividades de M&A focadas e uma análise crítica dos processos de vigilância e dados para ação

Em toda a GPEI, uma grande quantidade de dados contribui para a compreensão da sensibilidade geral da vigilância de PFA. Nesse contexto, o **GPSAP 2022–2024** visa promover abordagens que analisem os dados de forma holística – e analisem cada vez mais os dados além dos indicadores padrão [ou seja, além dos indicadores principais como a taxa de PFA não-poliomielite (PFANP) e adequação das fezes], para que agentes, supervisores e gestores de vigilância descubram quaisquer possíveis lacunas que possam impedir o progresso rumo à erradicação.

Monitorar e analisar os dados de PFA **além dos indicadores padrão** para identificar melhor as lacunas e garantir a detecção precoce de surtos.

Para apoiar o programa em todos os níveis, um novo conjunto de indicadores deve elaborar atividades principais e não principais de vigilância (**Anexo E. Indicadores**). A oportunidade, que é particularmente fundamental para o GPSAP 2022–2024, precisará ser monitorada de perto em todas as etapas do processo, desde a detecção até a resposta. Também foi dada atenção especial à garantia de acesso a populações especiais, à avaliação do impacto de gênero nas atividades de vigilância e à análise do comportamento de busca de saúde – uma vez que coletivamente essas abordagens podem revelar oportunidades perdidas de detecção e notificação de casos de PFA. Além disso, a GPEI incentiva que os geocódigos de casos de PFA sejam analisados em conjunto com outras fontes de dados, principalmente no que se refere a conflitos e acessibilidade, pois isso pode ajudar a identificar pontos cegos.

Como a integridade dos dados continua a representar um risco para a erradicação, os métodos para garantir a confiabilidade e a precisão dos dados, que supervisionam a coleta de dados e analisam criticamente os dados à medida que atingem o nível de gerenciamento, precisarão ser destacados em todos os planos do país. A transição da coleta de dados de ferramentas baseadas em papel para ferramentas eletrônicas também deve abordar questões relacionadas à integridade dos dados.

Espera-se que os países que usaram ou planejam usar a nVOP2 na resposta a surtos sigam as orientações existentes para atender aos requisitos de vigilância de segurança da vacina para monitoramento pós-implantação do uso da nVOP2.¹⁰

Tarefas da atividade 4

- ✓ Analisar mensalmente o desempenho da vigilância em nível subnacional e nacional usando indicadores principais e não principais. Acompanhar e modificar as atividades em que os resultados estejam abaixo do ideal.
- ✓ Analisar mensalmente o progresso em relação a cada indicador-chave de desempenho (KPI) em nível global (**Anexo E**).

Atividade 5. Integrar a vigilância de PFA com outros programas de saúde

A GPEI apoia os países na apropriação da vigilância de PFA e na integração das atividades de vigilância da poliomielite com outros sistemas de vigilância da saúde, tais como VPDs ou sistemas de vigilância de emergências de saúde (**Anexo H. Integração da vigilância do poliovírus**). Muitos países já otimizaram seus recursos – humanos, financeiros, materiais e tecnológicos – de modo a integrar as atividades de vigilância de doenças. Os componentes de campo da vigilância de PFA, que incluem pessoal, veículos

¹⁰ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Requisitos de Vigilância Laboratorial e de Campo da Poliomielite no Contexto de Uso da nVOP2. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/10/nOPV2-Surveillance-Guidance-1.pdf>).

e gerenciamento de dados, foram e continuam sendo recursos-chave para os países desenvolverem e fortalecerem seus sistemas de vigilância e fornecerem uma resposta rápida a emergências de saúde.

Os países endêmicos precisarão aumentar a integração com os programas de vigilância VPD ou emergências de saúde sob a liderança dos centros de operações de emergência nacionais e provinciais (EOCs). As etapas para a integração devem incluir a implementação de vigilância ativa e ferramentas de supervisão que cubram tanto PFA quanto VPDs, análises documentais integradas de vigilância e de campo e reuniões de análise, e treinamento combinado com Emergências de Saúde da OMS (WHE), o Programa Ampliado de Imunização (PAI) e VPDs para o pessoal da vigilância.

Tarefas da atividade 5

- ✓ Afeganistão e Paquistão intensificarão a integração de vigilância de VPD por meio de planos de trabalho de vigilância.
- ✓ Outros países prioritários devem identificar áreas de integração com outros sistemas de vigilância de VPD ou emergências de saúde. Isso pode ser feito de forma incremental, aumentando o número de doenças na vigilância ativa e nas listas de verificação de supervisão.

Monitoramento

O reforço e a sustentação da sensibilidade e oportunidade da vigilância de PFA serão monitorados pelos escritórios regionais da OMS, pela sede da OMS e por parceiros globais da GPEI (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Atividades de monitoramento para o Objetivo 1 (vigilância de PFA)

Atividades	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
1. Alcançar e manter a vigilância sensível da PFA, com esforços direcionados para identificar e abordar as lacunas subnacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar auditoria da vigilância de PFA e identificar pontos cegos • Desenvolver planos de fortalecimento da vigilância para atingir as lacunas subnacionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar os países na identificação e resolução das lacunas subnacionais • Publicar mapas duas vezes por ano com os possíveis pontos cegos para transmissão da poliomielite 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer orientação sobre auditorias de vigilância de PFA e CBS
2. Melhorar a oportunidade na detecção de casos, investigação e transporte de amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e retificar rapidamente os atrasos no transporte de amostras • Sistematizar a coleta e análise de comportamento de busca de saúde e dados relacionados a gênero 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer suporte técnico aos países no tocante a atrasos • Incluir novas metas de oportunidade em boletins e relatórios regulares • Fornecer suporte na análise do comportamento de busca de saúde e dados relacionados ao gênero 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver tecnologia para rastreamento de amostras • Monitorar a oportunidade em relação a novas metas • Fornecer suporte na análise do comportamento de busca de saúde e dados relacionados ao gênero
3. Facilitar o desenvolvimento e manutenção de uma força de trabalho qualificada	<ul style="list-style-type: none"> • Ministrando treinamentos nacionais e subnacionais dentro de 12 a 18 meses após a finalização dos planos de fortalecimento da vigilância • Desenvolver planos de supervisão e mentoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar documentos de orientação e o pacote de treinamento para uso regional • Desenvolver um plano de treinamento até o primeiro trimestre de 2022 • Facilitar treinamentos PFA presenciais e virtuais • Incluir componentes sobre questões de gênero e PRSEAH 	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar as Orientações Globais para PFA e Vigilância do Poliovírus • Finalizar o pacote de treinamento de vigilância de PFA presencial e virtual

Atividades	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
<p>4. Implementar atividades de M&A focadas, incluindo revisão crítica dos processos de vigilância e dados para ação</p>	<ul style="list-style-type: none"> Relatório da análise de dados desagregados por sexo, grupos de alto risco e comportamento de busca de saúde Avaliar mensalmente o progresso em relação aos KPIs 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar mensalmente o progresso em relação aos KPIs 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar mensalmente o progresso em relação aos KPIs Publicar um relatório anual sobre a situação da vigilância de PFA
<p>5. Integrar a vigilância de PFA com outros programas de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver a capacidade do pessoal para conduzir a vigilância integrada Afganistão e Paquistão intensificarão os esforços de integração, a serem documentados em planos de vigilância Identificar e implementar etapas no processo de vigilância de PFA para integração Aproveitar vínculos com programas de treinamento existentes, como o FETP 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenar com o PAI/VPD e WHE para capacitação e avaliação conjunta Fornecer apoio aos países na identificação de áreas para integração no processo de vigilância de PFA 	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer orientação sobre integração Coordenar com o PAI/VPD e WHE para capacitação e avaliação conjunta Coordenar com programas de treinamento existentes sobre currículo e estratégia, como o FETP

PFA = paralisia flácida aguda; CBS = vigilância baseada na comunidade; PRSEAH = prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais; PAI = Programa Ampliado de Imunização; FETP = programa de treinamento em epidemiologia de campo; KPI = indicador chave de desempenho; M&A = monitoramento e avaliação; VPD = doença imunoprevenível; WHE = Emergências de Saúde da OMS

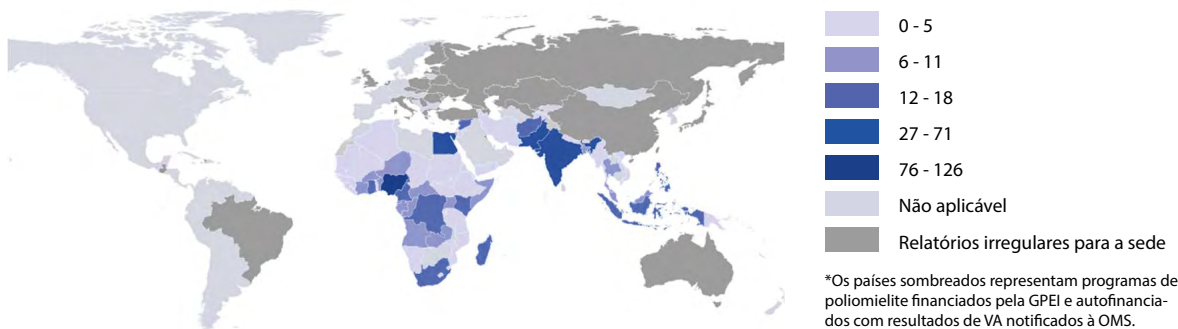
VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Objetivo 2. Otimizar a rede de VA a fim de contribuir para a detecção oportuna de poliovírus

Retrospectiva

A vigilância ambiental (VA) bem implementada pode aumentar significativamente a sensibilidade do sistema de vigilância do poliovírus. A VA tem sido usada por muitos anos para detectar e monitorar a reintrodução do WPV em países livres da poliomielite e fornecer confiança na eliminação bem-sucedida do WPV em países anteriormente endêmicos. Repetidamente, a VA detectou transmissão em áreas não detectadas pela vigilância de PFA, destacando seu valor como um complemento à vigilância de PFA. Desde 2016, houve progresso na expansão da rede global de VA, e a GPEI agora apoia mais de 500 locais (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição da vigilância ambiental da poliomielite, janeiro de 2022*



Fonte: OMS.

Apesar desse progresso, uma série de fatores, tais como questões de segurança e logística, prioridades concorrentes ou falta de apoio do governo, restringiram a expansão da VA. Além disso, alguns locais permaneceram operacionais apesar da baixa sensibilidade, o que sugere uma falta de conformidade com as orientações da VA. Ademais, à medida que os recursos financeiros para a vigilância da poliomielite diminuirão nos próximos anos, o programa precisará aproveitar a colaboração com outros programas para garantir a sustentabilidade da VA para poliovírus a longo prazo. Para enfrentar esses desafios, o programa realizará as seguintes atividades (Tabela 4).

Tabela 4 – Principais atividades e indicadores-chave de desempenho/processo para o Objetivo 2

Principais atividades	Indicadores-chave de desempenho/processo
1. Melhorar e manter a qualidade dos locais de vigilância ambiental	<ul style="list-style-type: none"> Todos os locais de vigilância ambiental que não atingirem uma taxa de detecção de enterovírus (EV) \geq 50% em 12 meses serão investigados e fechados ou modificados
2. Melhorar a oportunidade da coleta e remessa da VA	<ul style="list-style-type: none"> \geq 80% das amostras de VA chegam a um laboratório credenciado pela OMS dentro de 3 dias após a coleta
3. Expandir e otimizar a VA em áreas geograficamente diversas de alto risco	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do número de novos locais/áreas VA funcionais com VA funcionais no Afeganistão e outros países prioritários
4. Facilitar uma força de trabalho qualificada e promover a integração	<ul style="list-style-type: none"> Orientação de campo VA publicada em meados de 2022 Número de países prioritários que realizam treinamentos de reciclagem pelo menos a cada 2 anos
5. Expandir o uso de ferramentas eletrônicas de coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> 30% dos países de VHR e HR têm sistemas de gerenciamento de informações baseados na internet para VA Todos os países de VHR e HR utilizam ferramentas eletrônicas de coleta de dados para VA (coleta e supervisão)

VA = vigilância ambiental; EV = enterovírus; HR = alto risco; VHR = risco muito alto; OMS = Organização Mundial da Saúde

Atividade 1. Melhorar e manter a qualidade dos locais de vigilância ambiental

A Orientação de Campo para a Implementação da Vigilância Ambiental para o Poliovírus é um recurso essencial para apoiar a gestão ambiental do local¹¹. Conforme descrito, o primeiro passo para melhorar e manter a qualidade da VA é avaliar a seleção do local.

Uma vigilância ambiental de qualidade deve começar com a seleção adequada de locais, em áreas de maior risco de circulação do poliovírus. As condições nos locais de amostragem variam e, como resultado, o número em potencial de casos detectados e a importância epidemiológica dos locais também variam. Uma observação e avaliação regulares das condições do local da amostra são, portanto, importantes para garantir que os locais permaneçam apropriados como parte da rede de VA ao longo do tempo.

O segundo passo para melhorar a qualidade do local é continuar a monitorar a sensibilidade do local e modificar ou fechar quaisquer locais não funcionais, definidos como locais com detecção de EV < 50% por seis meses ou mais. Embora uma taxa de detecção de EV de 50% indique locais de importância fundamental para avaliação, modificação e fechamento em potencial, os locais que detectam menos de 80% de EV também podem não ter sensibilidade suficiente para detectar poliovírus circulantes e devem ser monitorados de perto. Os locais com baixo desempenho devem ser fechados dentro de três meses após uma análise de campo, se não houver evidência de melhoria. Se uma análise de campo não puder ser realizada, uma decisão deve ser tomada em nível regional entre colegas de campo e de laboratório. O volume de amostras de VA de locais com baixo desempenho sobrecarrega os laboratórios, desperdiça recursos e pode gerar uma falsa sensação de segurança de que o vírus não está circulando. Embora alguns locais com baixo isolamento de EV tenham notificado ocasionalmente vírus programaticamente relevantes em esgotos na ausência de detecção entre os casos de PFA, ainda é recomendável buscar locais de amostragem alternativos para melhorar a sensibilidade geral do sistema. Além disso, estão sendo avaliados métodos inovadores, como o uso de sondas de qualidade da água, para aplicabilidade em campo. A maioria das sondas detecta variáveis ou compostos associados a água potável insegura; no entanto, algumas medições, como o pH, têm sido associadas a uma maior probabilidade de sobrevivência do enterovírus (EV), o que pode ser útil para o monitoramento contínuo da qualidade do local de VA.

Por meio de visitas regulares de supervisão, os fatores que podem afetar o desempenho do local podem ser observados e corrigidos conforme necessário; tais como garantir a adesão aos procedimentos de coleta, embalagem e transporte de amostras ou questões de solução de problemas.

A GPEI continuará a avaliar os marcadores e indicadores de VA para o período GPSAP 2022–2024.

¹¹ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Orientação de Campo para a Implementação da Vigilância Ambiental para Poliovírus. Em preparação.

Tarefas da atividade 1

- ✓ Aderir às orientações globais para monitoramento e fechamento de locais.
- ✓ Nos países prioritários, analisar o desempenho do local realizando trimestralmente análises documentais em nível nacional e regional e duas vezes por ano em nível global.
- ✓ Revisar e atualizar os indicadores globais de VA conforme necessário para melhorar a sensibilidade da rede de VA.

Atividade 2. Melhorar a oportunidade da coleta e remessa da VA

Para melhorar a oportunidade após a coleta e remessa de amostras de VA, a GPEI estabeleceu uma meta de que as amostras cheguem a um laboratório credenciado pela OMS dentro de três dias após a coleta. Isso implica que não deve haver nenhum atraso ou formação de lotes de amostras e que a coleta de amostras e sua transferência para o laboratório devem ser bem planejadas e seguidas (**Anexo F. Oportunidade: Maneiras de reduzir atrasos**). Quando as condições atrasam a coleta e o método típico de transporte de amostras não pode ser utilizado, um plano alternativo de transporte deve ser implementado para que as amostras ainda cheguem ao laboratório dentro de três dias.

Tal como acontece com a vigilância de PFA, o programa aproveitará o uso de rastreamento de amostras de VA para garantir que os programas nacionais possam localizar e adotar medidas se uma amostra atrasar em qualquer ponto (ver **Objetivo 5**). A coleta eletrônica de dados também desempenha um papel na garantia de dados válidos sobre local e horário de coleta e contribuirá para documentar possíveis atrasos.

Tarefas da atividade 2

- ✓ Monitorar a oportunidade da coleta e remessa em relação aos indicadores recém-desenvolvidos e acompanhar quaisquer atrasos em nível subnacional para ação rápida (**Anexo E. Indicadores**).
- ✓ Implementar em países selecionados (Somália, Chade, República Democrática do Congo e Sudão do Sul) o monitoramento-piloto em tempo real do movimento da amostra desde o ponto de coleta até a chegada ao laboratório e adotar medidas para solucionar os gargalos na coleta e/ou tempo de transporte (**Anexo F**).
- ✓ Certificar-se de que um plano de transporte alternativo esteja disponível se as amostras não puderem ser coletadas conforme o planejado.

Atividade 3. Expandir e otimizar a VA em áreas geograficamente diversas de alto risco

Como a VA provou ser fundamental para a detecção do poliovírus, a Estratégia GPEI recomenda sua expansão e otimização em áreas de alto risco.

A contribuição da VA para o sistema de vigilância do poliovírus de um país varia dependendo da situação epidemiológica, bem como do uso da vacina contra o poliovírus. Em países endêmicos, a VA ajuda a monitorar a interrupção da transmissão do WPV1 e complementa a vigilância de PFA, identificando ligações epidemiológicas entre áreas geográficas separadas, possíveis reservatórios de vírus e rotas de transmissão emergentes. Em geral, o Afeganistão e o Paquistão têm uma vigilância sensível da poliomielite que inclui sistemas de VA que funcionam bem; no entanto, algumas lacunas na detecção foram observadas em nível subnacional e em áreas de difícil acesso. No Afeganistão, os locais de VA operam em 10 das 36 províncias nas áreas com transmissão de WPV1.

Para melhorar a sensibilidade, o Afeganistão pode se beneficiar da expansão de sua rede de VA para outras áreas de alto risco. A rede de VA no Paquistão pode ser otimizada ainda mais por meio da expansão nas áreas com movimentos regulares da população nômade e migrações sazonais.

Em países não endêmicos, a VA pode ajudar a detectar a importação de WPV/cVDPV ou o surgimento de VDPV, confirmar o escopo de um surto, fornecer evidências adicionais de que a interrupção do vírus foi alcançada e documentar a efetividade da resposta da campanha. Desde 2019, vários países (República Democrática do Congo, Libéria, Serra Leoa, Tadjiquistão e Vietnã) iniciaram ou expandiram (Malásia, Filipinas e Uganda) redes nacionais de VA, sendo que alguns fizeram isso em resposta a surtos locais de cVDPV ou surtos em países vizinhos. Os países que planejam iniciar, expandir ou otimizar suas redes de VA para o GPSAP 2022–2024 estão listados na **Tabela 5**.

Recomendação com uso de nVOP2

Para responder aos surtos de cVDPV2, a nVOP2 será a principal vacina de escolha. Enquanto a nVOP2 está sob EUL, a segurança da vacina deve ser monitorada para detectar quaisquer alterações genéticas na cepa nVOP2. Recomenda-se (embora não seja obrigatório) que os países tenham pelo menos um local de VA funcional na área de uso da nVOP2. Pode ser um local existente ou um novo local improvisado.

Tabela 5 – Países que planejam iniciar, expandir ou otimizar a vigilância ambiental, por região

Região da OMS	Iniciação VA planejada	Expansão VA planejada	Otimização VA planejada
Africana	Botsuana, Eritreia, Malawi, Ruanda, Zimbábue		Burkina Faso, Camarões, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Moçambique, Níger, Togo
Mediterrâneo Oriental	Iraque, Líbia, Omã, Arábia Saudita, Tunísia, Emirados Árabes Unidos	Afeganistão, República Islâmica do Irã, Líbano, Somália, Iêmen	Paquistão
Sudeste asiático		Bangladesh, Índia, Nepal, Tailândia	Indonésia
Pacífico Ocidental	Camboja, República da Coreia, República Democrática Popular do Laos, Mongólia	Vietnã	Papua Nova Guiné (A VA não esteve operacional durante a pandemia de COVID-19 e precisa ser reativada.)
Europeia	Quirguistão		
Américas		Guatemala, Haiti	

Os países que desejam iniciar, expandir ou otimizar a VA devem seguir cuidadosamente as orientações globais e levar em consideração áreas geograficamente diversas com base no risco e na viabilidade. Os países são incentivados a cogitar locais improvisados de curto prazo nas áreas de alto risco recém-identificadas (por exemplo, uma nova localização geográfica de surto), sempre que possível. No entanto, é importante observar que pode não ser possível estabelecer um local de VA em todos os lugares desejados, pois talvez não seja encontrado um local de amostragem apropriado.

Em locais que não possuem sistema de esgoto, o programa deve contar com outros sistemas para escoamento de águas residuais, como canais abertos ou canais de água. Pode ser difícil estimar as populações de captação nesses locais. Modelos digitais de elevação (DEM) e dados de “linha azul” (fluxos sintéticos, digitais e hidrovias gerados pela determinação de fluxo, direção e acumulação) são ferramentas que podem ajudar a identificar as possíveis áreas de locais de VA. Onde não houver DEMs disponíveis, as informações e dados de campo – por exemplo, de microplanejamento ou órgãos locais de gestão de águas residuais – devem ser usados para estimar as populações das áreas de captação. Aplicativos de smartphone com localização detalhada do sistema de posicionamento global (GPS) devem

ser implementados sempre que possível para oferecer suporte à coleta precisa, completa e oportuna da localização exata e detalhes descritivos de locais de vigilância ambiental em potencial e existentes.

A seleção e operacionalização de novos locais sempre dependerá do acordo dos laboratórios nacionais – ou do coordenador de um laboratório regional de referência quando não houver disponível uma capacidade de teste expandida no país. Além disso, todos os locais novos devem passar por um processo de validação durante os primeiros seis a 12 meses de operação para determinar se a coleta de amostras de esgoto deve ser continuada a longo prazo como parte da rede de rotina de VA.

Tarefas da atividade 3

- ✓ Apoiar a expansão da VA no Afeganistão e a otimização da VA no Paquistão.
- ✓ Apoiar a iniciação, expansão ou otimização da VA em países selecionados e novas áreas prioritárias.
- ✓ Avaliar e desenvolver o uso de tecnologia e novos métodos para seleção de locais de VA

Atividade 4. Facilitar uma força de trabalho qualificada e promover a integração

Espera-se que os funcionários de vigilância da poliomielite e laboratoriais de todos os países prioritários recebam treinamentos de atualização em PFA/VPD pelo menos uma vez a cada dois anos (**Anexo G. Facilitação de uma força de trabalho qualificada em vigilância**). Esses treinamentos devem incorporar informações e orientações sobre VA para aumentar a conscientização e a compreensão geral.

Para apoiar a sustentabilidade do sistema de VA além da poliomielite, os países devem aproveitar o uso da VA para a detecção de outras VPDs ou outras áreas do programa. As oportunidades devem ser exploradas em estreita coordenação com os escritórios de vigilância, laboratoriais e de resposta a emergências em nível nacional, quando aplicável.

Para apoiar os treinamentos de atualização para os agentes de vigilância, a GPEI desenvolveu Orientações de Campo para a Implementação da Vigilância Ambiental para Poliovírus.¹² Esse documento de orientação fornece uma introdução à VA e incentiva a coordenação estreita com funcionários de todo o programa de laboratórios nacionais ou de outros programas de saúde.

Para promover a sustentabilidade a longo prazo do sistema VA, devem ser exploradas oportunidades de integração com áreas de doenças além da poliomielite. O Paquistão, por exemplo, aproveitou a disponibilidade de sua rede de VA existente para demonstrar sua utilidade na detecção de SARs-CoV-2.¹³ Além disso, o monitoramento da resistência antimicrobiana e a vigilância geral de EV são rotineiramente utilizados em muitos países das Américas e na região europeia.¹⁴

Tarefas da atividade 4

- ✓ Publicar as Orientações de Campo para a Implementação da Vigilância Ambiental do Poliovírus até meados de 2022.
- ✓ Atualizar o componente de VA dos treinamentos de vigilância de PFA/VPD.
- ✓ Realizar treinamentos de atualização pelo menos uma vez a cada dois anos em todos os países prioritários.
- ✓ Aproveitar e documentar o uso da VA de poliomielite para detecção de outros patógenos.

¹² Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Orientação de Campo para a Implementação da Vigilância Ambiental para Poliovírus. Em preparação.

¹³ Sharif S, Ikram A, Khurshid A, Salman M, Mehmood N, Arshad Y, *et al.* (2021) Detection of SARs-CoV-2 in wastewater using the existing environmental surveillance network: A potential supplementary system for monitoring COVID-19 transmission. PLoS ONE. 16(6): e0249568 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249568>).

¹⁴ Árdal C, McAdams D, Westera AL, Mogedal S. Adapting environmental surveillance for polio to the need to track antimicrobial resistance. Bull World Health Organ. 2021;99:239–240 (<http://doi.org/10.2471/BLT.20.258905>).

Atividade 5. Expandir o uso de ferramentas eletrônicas de coleta de dados

A evolução das estratégias de gerenciamento de dados GPEI seguiu a rápida expansão da VA, o que resultou em sistemas díspares que não são interoperáveis. Sob o GPSAP 2022–2024, a GPEI trabalhará para alinhar essas abordagens de coleta e gerenciamento de dados (ver **Objetivo 5**). Por exemplo, o uso de sistemas móveis de coleta de dados agora é usado para rastrear e fornecer quase em tempo real uma avaliação das visitas de supervisão, sua frequência e as taxas de conclusão e o acompanhamento oportuno dos problemas identificados durante a visita. Até o momento, a maioria dos países da Região Africana e vários países da Região do Mediterrâneo Oriental utilizam sistemas de dados móveis no ponto de coleta. Em outras regiões, o uso de pastas de trabalho do MS Excel e bancos de dados Access continuam sendo os principais mecanismos de registro e compartilhamento de dados, o que cria desafios no acesso e análise de dados com precisão e em tempo real.

Tarefas da atividade 5

- ✓ Apoiar e garantir o uso de ferramentas eletrônicas móveis de coleta de dados para supervisionar a coleta de amostras e a supervisão do local em todos os países prioritários.

Monitoramento

A otimização da rede de VA para contribuir para a detecção oportuna de poliovírus será monitorada pelos escritórios nacionais e regionais da OMS e parceiros sub-regionais, juntamente com a sede global da OMS (**Tabela 6**).

Tabela 6 – Atividades de monitoramento para o Objetivo 2 (otimização da VA)

Atividade	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
1. Melhorar e manter a qualidade dos locais de vigilância ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os KPIs e adotar ações corretivas oportunas • Realizar trimestralmente uma análise documental ou de campo do desempenho do local de VA • Fechar todos os locais com baixo desempenho pela análise da VA 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma análise trimestral da rede de VA existente • Fornecer uma análise de campo dos locais de VA de baixo desempenho e fechar os locais de baixo desempenho 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as análises de campo de VA • Revisar e propor indicadores atualizados sobre a sensibilidade da VA • Realizar uma análise documental semestral do desempenho da VA
2. Melhorar a oportunidade da coleta e remessa da VA	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar a oportunidade da coleta de amostras até os resultados laboratoriais • Desenvolver planos de transporte alternativos para quaisquer atrasos de amostra 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar a oportunidade da coleta de amostras até os resultados finais laboratoriais 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os indicadores de oportunidade e fornecer feedback
3. Expandir e otimizar a VA em áreas geograficamente diversas de alto risco	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir a VA para áreas geograficamente diversas, sempre que possível • Usar a tecnologia para ajudar a identificar locais de VA adequados 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar e apoiar a expansão da VA em países prioritários e outras áreas prioritárias novas • Apoiar o uso de tecnologia ou novos métodos para melhorar a seleção do local da VA 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar e apoiar a expansão da VA em países prioritários e outras áreas prioritárias novas • Avaliar e desenvolver o uso de tecnologia e novos métodos para a seleção de locais da VA

Atividade	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
4. Facilitar uma força de trabalho qualificada e promover a integração	<ul style="list-style-type: none"> Realizar uma atualização em VA como parte dos treinamentos nacionais e subnacionais de PFA/VPD Documentar o uso da VA da poliomielite em outras vigilâncias de VPD 	<ul style="list-style-type: none"> Apoiar treinamentos em todos os países prioritários Documentar o uso da VA da poliomielite em outras vigilâncias de VPD 	<ul style="list-style-type: none"> Publicar a Orientação de Campo para a Implementação da Vigilância Ambiental para Poliovírus até meados de 2022 Materiais de treinamento do RSI Apoiar as atividades de capacitação de vigilância regional Documentar o uso da VA da poliomielite em outras vigilâncias de VPD
5. Expandir o uso de sistemas de vigilância baseados na internet	<ul style="list-style-type: none"> Implementar ferramentas eletrônicas para coleta e supervisão de amostras da VA em (no mínimo) todos os países prioritários 	<ul style="list-style-type: none"> Apoiar a implementação de ferramentas eletrônicas para coleta e supervisão de amostras em países prioritários 	<ul style="list-style-type: none"> Implementar um sistema de gerenciamento de informações da VA baseado na internet para uso em países prioritários

VA = vigilância ambiental; KPIs = indicadores-chave de desempenho; PFA = paralisia flácida aguda; VPD = doença imunoprevenível

VIGILÂNCIA DE iVDPV

Objetivo 3. Estabelecer a vigilância de iVDPV para sustentar a erradicação da poliomielite

Retrospectiva

Os indivíduos com distúrbios de imunodeficiência primária (PIDs), ou seja, aqueles com distúrbios que afetam o sistema de células B, que são expostos a vacinas vivas contra poliovírus (VOPs) estão em risco aumentado de replicação e excreção prolongadas de vírus vacinais, o que pode levar ao desenvolvimento de poliovírus derivados de vacinas associados à imunodeficiência (iVDPVs).¹⁵ Além do risco de desenvolver poliomielite paralítica, os indivíduos infectados com iVDPV apresentam um risco em potencial de iniciar surtos de VDPV, embora até o momento nenhum surto de iVDPV tenha sido detectado. A circulação de iVDPVs representa, portanto, um risco global para a erradicação da poliomielite, o que levou o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) a recomendar a expansão da vigilância do poliovírus em indivíduos com PID quando solicitou a criação de uma estratégia para começar a planejar o período pós-certificação.¹⁶

As atividades descritas abaixo abordam a vigilância de iVDPV no período GPSAP 2022–2024 (**Tabela 7**). Está atualmente em andamento o desenvolvimento da vigilância de iVDPV,¹⁷ com orientações, materiais de treinamento e sistema de informações disponíveis para apoiar os países que começam a implementar as atividades de vigilância. Além disso, foi feita uma avaliação dos países pelo programa para estimar o risco de iVDPV dos países e priorizar intervenções (**Figura 3**).

Tabela 7 – Principais atividades e indicadores-chave de desempenho/processo para o Objetivo 3

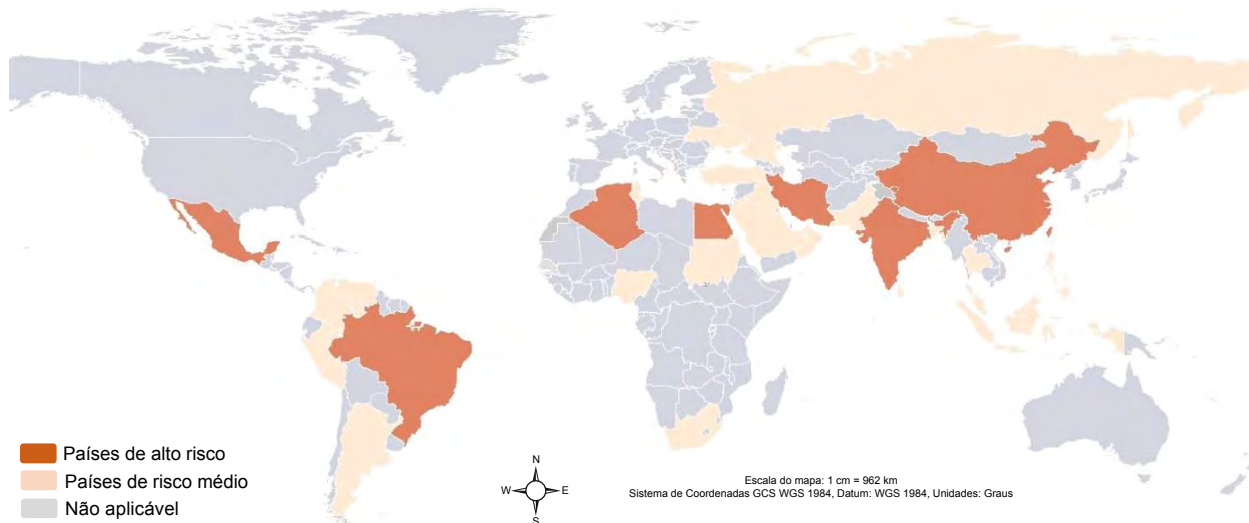
Principais Atividades	Indicadores-chave de desempenho/processo
1. Revisar a implementação nos países-piloto e avaliar a vigilância de iVDPV	<ul style="list-style-type: none"> Número de países com vigilância de iVDPV em funcionamento
2. Sensibilizar as regiões da OMS e os países de alto risco sobre a vigilância de iVDPV	<ul style="list-style-type: none"> Número de atividades de conscientização e webinars por região
3. Atualizar o sistema de informações e os materiais de treinamento e orientação	<ul style="list-style-type: none"> Número de países que relatam dados relacionados a iVDPV por meio do POLIS Número de países que realizaram treinamento e capacitação
4. Desenvolver um plano de longo prazo para vigilância de iVDPV durante a era pós-certificação	<ul style="list-style-type: none"> Plano de longo prazo disponível e custeado
5. Comunicar e coordenar o acesso a terapias antivirais	<ul style="list-style-type: none"> Todos os pacientes elegíveis recebem a terapia antiviral disponível

iVDPV = poliovírus derivado da vacina associado à imunodeficiência; PIDs = distúrbios de imunodeficiência primária; POLIS = Sistema de Informações da Poliomielite

¹⁵ Li L, Ivanova O, Driss N, Tiongco-Recto M, da Silva R, Shahmahmoodi S, Sazzad H, Mach O, Kahn AL, Sutter RW. Poliovirus excretion among persons with primary immune deficiency disorders: summary of a seven-country study series. *J Infect Dis*. 2014;210 Suppl 1, S368-372 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jiu065>).

¹⁶ Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2016 - conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec*. 2016;48(91)561-94 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251810/WER9148.pdf>).

¹⁷ Embora o objetivo da vigilância da poliomielite em pacientes com PID seja detectar qualquer excreção de poliovírus além dos VDPVs, para facilitar a referência, ela será chamada de “vigilância de iVDPV”. Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Orientações sobre Implementação da Vigilância do Poliovírus em Pacientes com Distúrbios da Imunodeficiência Primária (PIDs). Genebra: Organização Mundial da Saúde; dezembro de 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/Guidelines-for-Implementing-PID-Suveillance-3.3-20201215.pdf>). O sistema de vigilância de iVDPV foi construído em projetos de pesquisa anteriores que foram desenvolvidos e apoiados pela OMS em Bangladesh, China, Egito, Índia, Irã (República Islâmica do), Paquistão, Federação Russa, Sri Lanka e Tunísia.

Figura 3 – Países com alto e médio risco de iVDPV

Fonte: OMS, Outubro de 2018.

Atividade 1. Revisar a implementação nos países-piloto e avaliar a vigilância de iVDPV

Quatro países da região do Mediterrâneo Oriental (Egito, República Islâmica do Irã, Jordânia e Tunísia) foram selecionados para testar a implementação de um sistema de vigilância de iVDPV. Foi realizado um treinamento regional e foram desenvolvidos e orçados os planos nacionais; no entanto, a implementação de campo atrasou em alguns países e foi totalmente interrompida em todos os países devido à pandemia da COVID-19.

Sob o GPSAP 2022–2024, a GPEI analisará o progresso e os desafios em cada país-piloto, com vistas ao que será necessário para estabelecer completa e rapidamente a vigilância de iVDPV.

Além do risco de o iVDPV restabelecer a circulação do poliovírus e iniciar surtos, a implantação da nVOP2 também exige ação. Como parte da EUL para nVOP2, a GPEI tem a obrigação de avaliar a segurança da vacina em pacientes com PID. O monitoramento precisará, portanto, ser mantido em países com uso de nVOP2 que tenham capacidade para diagnosticar PIDs até que casos suficientes tenham sido coletados para avaliar a segurança da vacina em relação à doença ou excreção prolongada de nVOP2.¹⁸ No quarto trimestre de 2021, cinco dos 34 países avaliados quanto à prontidão para nVOP2 relataram capacidade ou manifestaram interesse em estabelecer vigilância de iVDPV. O programa está em processo de confirmação da capacidade do país para diagnosticar e acompanhar pacientes com PID. Onde for possível, a GPEI facilitará a configuração e implementação da vigilância de iVDPV.

¹⁸ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Requisitos de Vigilância Laboratorial e de Campo da Poliomielite no Contexto de Uso da nVOP2. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/10/nOPV2-Surveillance-Guidance-1.pdf>).

Tabela 8 – Desenvolvimento da vigilância de iVDPV em países selecionados

País	Avaliação de risco de iVDPV (2018)	Países-piloto para vigilância de iVDPV	Projeto de pesquisa de iVDPV	Selecionado devido ao uso de nVOP2
Bangladesh	Médio		X	
China	Alto		X	
Egito	Alto	X	X	
Índia	Alto		X	
Irã (República Islâmica do)	Alto	X	X	
Jordânia	Baixo	X		
Nigéria	Médio			X
Paquistão	Médio		X	
Federação Russa	Médio		X	
Senegal	Baixo			X
Sri Lanka	Médio		X	
Tunísia	Médio	X	X	

iVDPV = poliovírus derivado da vacina associado à imunodeficiência; nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2

Tarefas da atividade 1

- ✓ Revisar a implementação-piloto de vigilância de iVDPV no Egito, República Islâmica do Irã, Jordânia e Tunísia. Avaliar o grau de conclusão, a magnitude dos desafios e as possíveis soluções e decidir se a implementação será adiada ou acelerada e expandida.
- ✓ Desenvolver um plano para acelerar a implementação de campo em países-piloto, incluindo os resultados esperados e prazos.
- ✓ Continuar a confirmar a capacidade dos países para vigilância de iVDPV como parte do monitoramento pós-implantação da nVOP2. Adicionar testes de poliomielite e acompanhamento, quando apropriado.

Atividade 2. Sensibilizar as regiões da OMS e os países de alto risco sobre a vigilância de iVDPV

Todas as regiões e os países da OMS devem estar familiarizados com a vigilância de iVDPV como um novo pilar do programa de erradicação da poliomielite, juntamente com a PFA e a vigilância ambiental. À medida que a erradicação da poliomielite se aproxima, a vigilância de iVDPV se tornará cada vez mais importante.

Sob o GPSAP 2022–2024, os países com maior risco de iVDPV serão priorizados para envolvimento no programa. Se os países tiverem capacidade e sistemas para detectar, testar e acompanhar pacientes com PID, eles serão incentivados a analisar os recursos disponíveis e implementar a vigilância de iVDPV.

Tarefas da atividade 2

- ✓ Identificar e treinar os pontos focais em nível regional e explorar o desenvolvimento de treinadores capacitados.
- ✓ Organizar webinars sobre vigilância de iVDPV para informar regiões e todos os países com alto risco de iVDPV. Prioridade a ser dada a países com projetos de pesquisa de iVDPV anteriores e atuais (**Tabela 8**, acima).
- ✓ Articular com as partes interessadas (ou seja, Ministérios da Saúde, grupos de imunologia, projetos de pesquisa) para promover material de orientação e o uso de POLIS para vigilância de iVDPV.

Atividade 3. Atualizar o sistema de informação e os materiais de treinamento e orientação

Foram desenvolvidas orientações, materiais de treinamento e atualizações do sistema de informações para vigilância de iVDPV no período do GPSAP 2018–2020 anterior.¹⁹ À medida que a implementação de campo avança e a P&D relacionada à poliomielite continua buscando medicamentos antivirais efetivos e métodos de teste mais eficientes, o programa monitorará regularmente os dados, bem como atualizará e traduzirá todas as orientações e materiais de treinamento disponíveis.

Tarefas da atividade 3

- ✓ Monitorar os dados de vigilância de iVDPV como parte da atualização mensal de vigilância global.
- ✓ Revisar e atualizar as orientações e ferramentas atuais, conforme necessário.
- ✓ Traduzir documentos e ferramentas em pelo menos dois idiomas adicionais da OMS (árabe e francês).

Atividade 4. Desenvolver um plano de longo prazo para vigilância de iVDPV durante a era pós-certificação

A vigilância de iVDPV se tornará ainda mais importante na era pós-certificação. Algumas orientações são fornecidas na Estratégia Pós-Certificação da Poliomielite, mas atualmente não há um plano estratégico de longo prazo para a vigilância de iVDPV.

No período do GPSAP 2022–2024, o programa desenvolverá um plano de longo prazo para iVDPV que explore o risco e a transmissibilidade de iVDPVs, incluindo a prevalência e sobrevivência de pacientes com PID. O plano será orçado e integrado a outros sistemas de vigilância não relacionados à poliomielite para garantir sua sustentabilidade, especialmente nos primeiros seis a nove anos após a erradicação, quando os iVDPVs provavelmente serão o principal risco para o ressurgimento do poliovírus.

Tarefas da atividade 4

- ✓ Revisar os dados disponíveis e o conhecimento atual sobre iVDPV.
- ✓ Desenvolver e custear um plano estratégico de longo prazo para vigilância de iVDPV que se estenda pela era pós-certificação, garantindo algum nível de integração com os sistemas de vigilância existentes.

Atividade 5. Comunicar e coordenar o acesso a terapias antivirais

As terapias antivirais da poliomielite ainda estão em desenvolvimento, incluindo uma terapia combinada de dois medicamentos: Pocopavir e V-7404. Atualmente, no entanto, apenas o pocopavir está disponível para uso compassivo para pacientes com PID que excretam poliovírus (incluindo iVDPV) ou com infecção por enterovírus não-poliomielite (NPEV) em situação de risco de vida. Sob o GPSAP 2022–2024, o programa continuará a monitorar o desenvolvimento de terapias antivirais e manterá os países atualizados sobre o progresso, a disponibilidade e o processo necessário para acessar esses medicamentos sob uso compassivo. O programa coordenará toda a comunicação com o fabricante do antiviral em nível global, conforme necessário.

¹⁹ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Orientações sobre Implementação da Vigilância do Poliovírus em Pacientes com Distúrbios de Imunodeficiência Primária (PIDs); Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/Guidelines-for-Implementing-PID-Suveillance-3.3-20201215.pdf>).

Tarefas da atividade 5

- ✓ Monitorar o progresso com a terapia antiviral.
- ✓ Informar os países sobre as recomendações e passos atuais para o uso compassivo do Pocapavir.
- ✓ Facilitar a comunicação entre os médicos assistentes e o fabricante de antivirais para garantir medicamentos antivirais sob uso compassivo.
- ✓ Registrar os pacientes com PID elegíveis para a disponibilidade futura de terapia antiviral combinada.

Monitoramento

O estabelecimento de vigilância de iVDPV para sustentar a erradicação da poliomielite será monitorado pela sede da OMS e pelos escritórios regionais e parceiros globais (**Tabela 9**).

Tabela 9 – Atividades de monitoramento para o Objetivo 3 (vigilância de iVDPV)

Atividade	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
1. Revisar a implementação nos países-piloto e avaliar a vigilância de iVDPV	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificar a implementação de campo de acordo com o plano atualizado proposto • Avaliar a capacidade de configurar a vigilância de iVDPV, usando a lista de verificação da nVOP2²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • A Região do Mediterrâneo Oriental deve desenvolver um plano regional com resultados esperados e cronograma para ajudar a monitorar o progresso em países-piloto • Confirmar a capacidade dos países com uso de nVOP2 para vigilância de iVDPV e fornecer suporte técnico 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os países-piloto e decidir o caminho a seguir em coordenação com a região e os países • Confirmar a capacidade dos países com uso de nVOP2 em estabelecer a vigilância de iVDPV e fornecer suporte técnico
2. Sensibilizar as regiões da OMS e os países de alto risco sobre a vigilância de iVDPV	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar a vigilância de iVDPV em países com projetos de pesquisa, se aplicável 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar todos os países com alto risco para iVDPVs sobre vigilância de iVDPV 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar webinars em cada região • Treinar pontos focais, treinadores capacitados de vigilância de iVDPV em nível regional
3. Atualizar o sistema de informações e os materiais de treinamento e orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Usar o sistema de informação iVDPV em países selecionados para vigilância de iVDPV • Compartilhar dados rotineiramente com o nível regional e global 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir o sistema de informação iVDPV no sistema POLIS regional • Treinar os países-piloto em gerenciamento de dados para vigilância de iVDPV 	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar e traduzir orientações e ferramentas • Fornecer um relatório global mensal sobre os dados de vigilância de iVDPV, desagregados por sexo

²⁰ Para avaliar a capacidade de vigilância de iVDPV em nível nacional, consulte o Anexo E dos Requisitos de Vigilância Laboratorial e de Campo da Poliomielite no Contexto do Uso de nVOP2. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/10/nOPV2-Surveillance-Guidance-1.pdf>).

Atividade	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
4. Desenvolver um plano de longo prazo para vigilância de iVDPV durante a era pós-certificação	<ul style="list-style-type: none"> Contribuir para o desenvolvimento de um plano e visão de longo prazo para a vigilância de iVDPV 	<ul style="list-style-type: none"> Contribuir para o desenvolvimento de um plano e visão de longo prazo para a vigilância de iVDPV 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar os dados disponíveis e o conhecimento atual sobre iVDPV Desenvolver um plano de longo prazo e custeado para vigilância de iVDPV
5. Comunicar e coordenar o acesso a terapias antivirais	<ul style="list-style-type: none"> Registre pacientes com PID elegíveis para a disponibilidade futura de terapia antiviral combinada 	<ul style="list-style-type: none"> Informar todos os países selecionados sobre o uso compassivo da terapia antiviral 	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer atualizações às regiões sobre o desenvolvimento de terapias antivirais Coordenar o acesso a terapias antivirais para pacientes com PID por meio do fabricante de antivirais

iVDPV = poliovírus derivado da vacina associado à imunodeficiência; nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; POLIS = Sistema de Informações da Poliomielite; OMS = Organização Mundial da Saúde; PID = distúrbio de imunodeficiência primária

REDE GLOBAL DE LABORATÓRIOS DE POLIOMIELITE

Objetivo 4. Manter e fortalecer a capacidade e competência da GPLN

Retrospectiva

O sucesso da GPEI depende muito de uma vigilância coordenada de laboratório e de campo. A vigilância de campo coleta, manuseia e transporta as amostras para o laboratório, e a vigilância laboratorial processa e testa as amostras. Os resultados laboratoriais não apenas fornecem confirmação do tipo de poliovírus, mas também fornecem dados genéticos moleculares que oferecem informações fundamentais sobre o vínculo entre vírus e surtos, movimentos populacionais, lacunas no desempenho da vigilância e, por fim, no progresso na interrupção da transmissão.

A GPLN consiste em 145 laboratórios globais, regionais e nacionais de poliomielite em 92 países de todas as seis regiões da OMS. Todos os laboratórios GPLN seguem os procedimentos da OMS para detectar e caracterizar poliovírus a partir de amostras de fezes e amostras de esgoto coletadas no meio ambiente. Isso é feito por meio do isolamento do poliovírus, diferenciação intratípica (ITD) de poliovírus isolados e sequenciamento de vírus não-sabin-like e ITD-discordantes para determinar se eles são WPV, vírus Sabin (vacina) ou VDPV.²¹ Os laboratórios GPLN são apoiados por um forte programa de garantia de qualidade (QA), que inclui testes anuais de proficiência e credenciamento pela OMS.

Sob o GPSAP 2022–2024, a GPLN implementará as seguintes atividades (**Tabela 10**), com foco contínuo na oportunidade geral e precisão dos testes.

Tabela 10 – Principais atividades e indicadores-chave de desempenho/processo para o Objetivo 4

Principais atividades	Indicadores-chave de desempenho/processo
1. Sustentar e fortalecer a capacidade de processamento nos principais laboratórios que atendem aos países de VHR e HR	<ul style="list-style-type: none"> Padrões GPLN atendidos para amostras de fezes e processamento de amostras de esgoto
2. Implementar detecção direta (DD) e outras novas metodologias e algoritmos (incluindo sequenciamento) em laboratórios que atendem países de VHR e HR	<ul style="list-style-type: none"> Porcentagem de laboratórios selecionados que atendem a países de VHR e HR totalmente atualizados e credenciados para DD e/ou sequenciamento (meta inicial: 12 laboratórios para DD e 6 laboratórios para sequenciamento), monitorados trimestralmente
3. Fortalecer a supervisão do sistema de garantia de qualidade em todos os laboratórios que atendem países endêmicos e com surtos	<ul style="list-style-type: none"> Porcentagem de credenciamento documentado no local e visitas de apoio a laboratórios prioritários que foram conduzidas conforme planejado
4. Participar na preparação dos laboratórios nacionais e na resposta a surtos	<ul style="list-style-type: none"> Porcentagem de análises documentais planejadas ou avaliações no local concluídas em 2 semanas para novos países com surto Laboratórios incluídos em atividades (por exemplo, trabalho de preparação para RRT, OBRAs) em todos os países com surto
5. Continuar a envolver outras redes de vigilância e documentar recursos e atividades integrados	<ul style="list-style-type: none"> Relatório anual sobre as atividades realizadas em países prioritários em transição
6. Finalizar um plano de ação pós-certificação GPLN	<ul style="list-style-type: none"> O plano de ação pós-certificação da GPLN é finalizado no quarto trimestre de 2023 para pelo menos 2 regiões endêmicas/de surto

DD = detecção direta; GPLN = Rede Global de Laboratórios de Poliomielite; HR = alto risco; OB = surto; OBRAs = avaliações de resposta a surtos; TRR = equipe de resposta rápida; VHR = risco muito alto

²¹ Departamento de Imunização, Vacinas e Biológicos Manual do Laboratório de Poliomielite da OMS 4ª ed. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2004 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68762/WHO_IVB_04.10.pdf).

Atividade 1. Sustentar e fortalecer a capacidade de processamento nos principais laboratórios

A manutenção da capacidade GPLN em todas as seis regiões da OMS continuará sendo uma prioridade durante todo o período GPSAP 2022–2024. Uma vez que se espera que o número de amostras de fezes e amostras de esgoto aumente devido aos esforços para aumentar a sensibilidade da vigilância da poliomielite (ver **Objetivo 1** e **Objetivo 2**), será necessário adicionar capacidade de pico de demanda para acomodar o aumento da carga de trabalho nos principais laboratórios que atendem países de alto risco e de risco muito alto.

Tarefas da atividade 1

- ✓ Aumentar a capacidade laboratorial por meio de equipes de emergência e equipamentos adicionais em três laboratórios atualmente operacionais na África Ocidental, África Oriental (que atende a Somália e Iêmen) e na região do Pacífico Ocidental (Filipinas).

Atividade 2. Implementar detecção direta em laboratórios que atendem países de alto risco

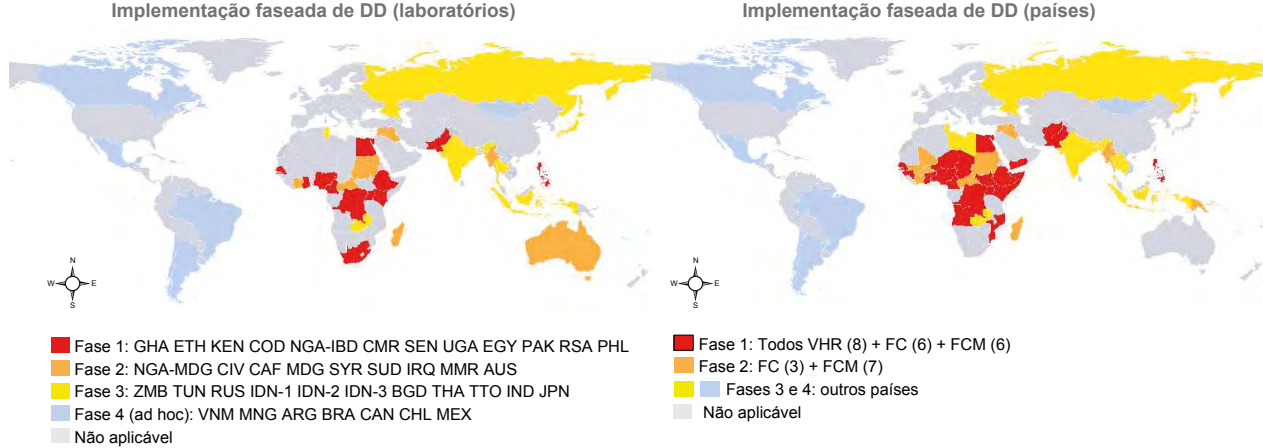
Uma prioridade da Estratégia GPEI é facilitar uma resposta mais rápida, reduzindo o tempo entre o início da paralisia e os resultados laboratoriais. Para cumprir a meta de 21 dias desde o recebimento de amostras de PFA em um laboratório de poliomielite credenciado pela OMS até o fornecimento de um resultado de sequenciamento, o GPLN lançou um projeto de demonstração para detecção direta (DD), uma metodologia de teste recém-validada que extrai ácido ribonucleico (RNA) diretamente da suspensão de fezes, seguido por teste de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real (rRT-PCR) usando um conjunto de nove primers que visam todos os enterovírus, Sabin 1, Sabin 2, Sabin 3, todos os poliovírus, todos os poliovírus tipo 2, nVOP2, WPV1 e poliovírus selvagem tipo 3 (WPV3). Serão realizados testes de não inferioridade em campo para comparar a DD com o algoritmo de teste padrão atual. O treinamento em DD para laboratórios prioritários foi realizado no quarto trimestre de 2021, com resultados a serem consolidados no primeiro e segundo trimestre de 2022. Se as avaliações dos testes paralelos forem favoráveis e sugerirem que a DD possa reduzir significativamente a quantidade de tempo para detecção e notificação de amostras negativas, bem como o tempo para a obtenção de resultados de ITD para amostras positivas para poliomielite, o Grupo de Trabalho de Vigilância GPLN implementará essa não-metodologia de cultura de células em 30 países prioritários (**Tabela 11** e **Figura 4**).

Tabela 11 – Lançamento esperado da detecção direta nos laboratórios

Fase*	Data de início visada	Laboratórios
Fase 1	Q2 2022	12 laboratórios que atendem 24 países, incluindo todos os países de risco muito alto (n=8)
Fase 2	Q3 2022	9 laboratórios que atendem mais 10 países em risco
Fases 3 e 4	Q4 2022 / Q1 2023	18 laboratórios adicionais

* Essa abordagem em fases pode ser ajustada dependendo das prioridades regionais (incluindo regiões não endêmicas e sem surtos) e da evolução da epidemiologia do cVDPV.

Figura 4 – Laboratórios identificados para implementação faseada de detecção direta (à esquerda) e os países que eles cobrem (à direita)



DD = detecção direta; HR = alto risco; FCM = risco médio-alto; VHR = risco muito alto
 Fonte: OMS.

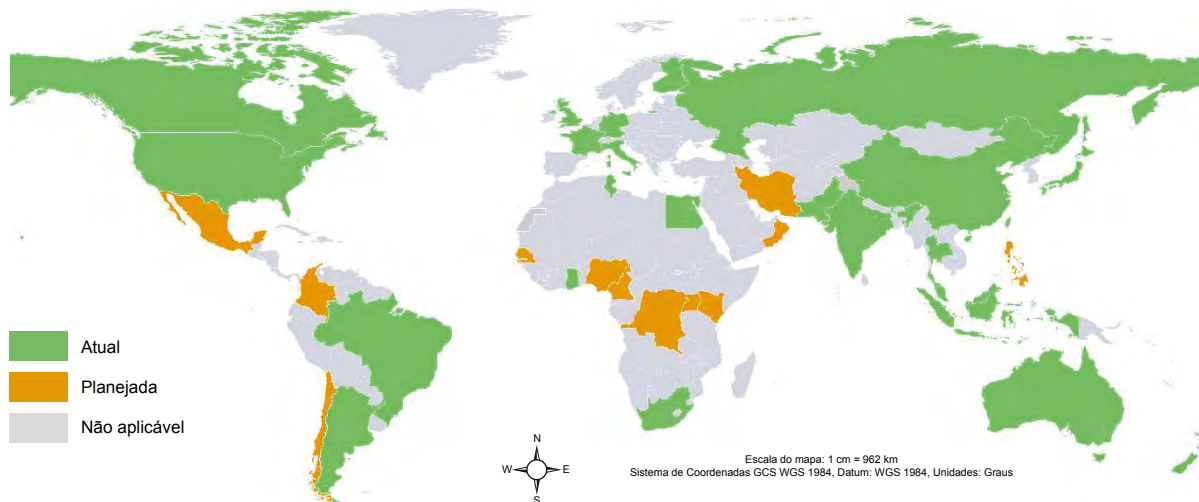
A GPLN também começou a testar a inclusão de uma metodologia de sequenciamento MinION no algoritmo DD. Como os resultados de DD podem indicar resultados inválidos e indeterminados que exigem confirmação por sequenciamento, esse sequenciamento pode ajudar a avaliar a porcentagem de amostras que terão que ser sequenciadas além dos vírus de interesse (ou seja, não-Sabin-like e Sabin-like-discordante e vírus tipo 2). Dois novos algoritmos que incluem uma etapa de sequenciamento serão testados para identificar e resolver problemas de implementação, incluindo logística e análise.

Durante essa fase-piloto, foi dada prioridade aos laboratórios que atendem países de alto risco (ver **Figura 1. Priorização de risco do país** na **Introdução**). Dez laboratórios foram visados para implementação de DD (sete na Região Africana, dois na Região do Mediterrâneo Oriental e um na Região do Pacífico Ocidental), e seis laboratórios da Região Africana foram visados para testar a viabilidade da capacitação de sequenciamento no contexto de implementação da DD.

Entre os laboratórios que cobrem áreas de alto risco que estão planejados para a expansão da capacidade de sequenciamento (**Figura 5**), os seguintes laboratórios e regiões estão atualmente planejados para o sequenciamento MinION ou Sanger.

- Dois laboratórios de sequenciamento da Região Africana (o Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis da África do Sul e o Noguchi Memorial Institute for Medical Research em Gana) serão avaliados para resolver todos os gargalos para um desempenho bom e sustentado.
- Três laboratórios da Região Africana (Camarões, República Democrática do Congo e Senegal) que têm experiência com a tecnologia MinION foram selecionados para testar um novo algoritmo, incluindo essa tecnologia de sequenciamento que está sendo validada pelos parceiros da GPEI.
- Três laboratórios da Região Africana (Uganda, Quênia e Nigéria-Ibadan) serão treinados e orientados a partir de 2022 para conduzir o sequenciamento de Sanger.
- Dois laboratórios na região do Pacífico Ocidental (Malásia e Filipinas) e um na região do Sudeste Asiático (Bangladesh) receberão treinamento sobre o sequenciamento de Sanger para aumentar a capacidade na região e melhorar a oportunidade da detecção.
- Dois laboratórios na região do Mediterrâneo Oriental (República Islâmica do Irã e Omã) que já estão fazendo o sequenciamento serão atualizados e orientados até a conclusão total do processo de credenciamento pela GPLN.

Figura 5 – Expansão atual e planejada da capacidade de sequenciamento em laboratórios que cobrem áreas de alto risco



Atual = 27 laboratórios

Planejada = 13 laboratórios: AFR(6), AMR(3), EMR(2), SEAR(1), WPR(1)

AFR = Região Africana; AMR = Região das Américas; EMR = Região do Mediterrâneo Oriental; SEAR = Região do Sudeste Asiático; WPR = Região do Pacífico Ocidental

Fonte: OMS.

De acordo com os procedimentos da GPLN, a aprovação para uso rotineiro de qualquer novo procedimento somente será concedida a um laboratório depois que ele passar nos testes de proficiência e em um esquema de credenciamento desse procedimento específico.

Tarefas da atividade 2

- ✓ Adotar e acelerar a implementação da DD a partir de amostras de fezes em laboratórios que cubram países de risco muito alto, alto risco e risco médio alto (**Tabela 11 e Figura 4**).
- ✓ Apoiar a expansão da capacidade de sequenciamento em laboratórios que cobrem áreas de alto risco (**Figura 5**).

Atividade 3. Reforçar a supervisão do sistema de garantia de qualidade

A garantia de qualidade (QA) continua sendo uma das principais prioridades da GPLN, pois fornece confiança nos resultados virológicos e moleculares e nas informações usadas pela GPEI para posteriormente adaptar intervenções essenciais na vigilância, resposta a surtos e contenção, entre outras atividades do programa. A GPLN monitora o controle de qualidade por meio de um sistema de gerenciamento GPLN baseado na internet (GPLNMS).

Como parte da estratégia GPLN, foi projetado, avaliado e validado nos últimos três anos um novo esquema de teste de proficiência destinado a garantir testes precisos de amostras de esgoto VA. O esquema de testes agora está pronto para ser lançado oficialmente em aproximadamente 70 laboratórios de todas as seis regiões da OMS.

O fortalecimento da supervisão de QA em laboratórios que atendem países endêmicos e em surto incluirá o uso de GPLNMS para avaliação e monitoramento de desempenho, concepção e validação de procedimentos de QA DD [por exemplo, testes de proficiência (PT) e indicadores de desempenho, incluindo tempo de resposta (TAT)], e retomar as análises de credenciamento no local dos principais laboratórios que foram suspensos devido à pandemia de COVID-19.

Tarefas da atividade 3

- ✓ Lançar um novo esquema de teste de proficiência para VA no primeiro e segundo trimestres de 2022.
- ✓ Projetar e validar procedimentos abrangentes de QA DD.
- ✓ Validar um módulo eletrônico no GPLNMS para relatório de resultados, avaliação e validação.
- ✓ Garantir que o GPLNMS seja usado para melhorar as comunicações internas e otimizar o controle de qualidade.
- ✓ Retomar as análises de credenciamento no local em laboratórios-chave, com prioridade para laboratórios regionais e nacionais especializados que atendem países de alto risco. Consultores treinados com experiência em operações de laboratório de poliomielite acelerarão esse processo de recuperação em 2022.

Atividade 4. Participar na preparação nacional e respostas a surtos

Para apoiar a meta estabelecida pela Estratégia GPEI de interromper a transmissão de WPV1 e cVDPV2 até o final de 2023, as equipes de vigilância e preparação e resposta a surtos fortalecerão a comunicação e a colaboração. A coordenação a montante e contínua – entre vigilância de campo, vigilância laboratorial e resposta a surtos – permite avaliar imediatamente quaisquer possíveis gargalos no recebimento e processamento de amostras, bem como nos relatórios dos resultados das amostras. As possíveis soluções para os problemas podem incluir: reencaminhamento de amostras de fezes e/ou amostras de esgoto; avaliação de processos e procedimentos para garantir relatórios precisos e oportunos de resultados laboratoriais relacionados a surtos; e garantir a contribuição do laboratório como membro da equipe de investigação de surtos.

Sob o GPSAP 2022–2024, todos os laboratórios trabalharão com seus escritórios regionais e nacionais da OMS para garantir que seus planos de contingência ou resposta a emergências façam parte do sistema nacional de gestão de emergências, incluindo estratégias para mobilizar recursos em situações de emergência.

Tarefas da atividade 4

- ✓ Formalizar e monitorar a colaboração entre laboratórios e equipes de preparação e resposta a surtos.

Atividade 5. Continuar a envolver outras redes de vigilância e documentar recursos e atividades integrados

A GPLN e as redes laboratoriais estabelecidas para outras VPDs – como sarampo, rubéola, rotavírus, febre amarela, encefalite japonesa e gripe – têm historicamente trabalhado em conjunto. Esse envolvimento geralmente ocorre sempre que os laboratórios são hospedados no mesmo departamento ou instituição. O valor fundamental da integração das redes de laboratórios tornou-se especialmente evidente durante a pandemia de COVID-19, quando a GPLN ajudou a lançar a resposta laboratorial à COVID-19 em muitos países usando funcionários, equipamentos, reagentes e consumíveis da poliomielite.

Sob o GPSAP 2022–2024, a documentação abrangente sobre os esforços anteriores de integração estabelecerá as bases para uma maneira mais sistemática de capturar atividades integradas e orientar a preparação futura. Além de uma pesquisa direcionada para a resposta laboratorial à COVID-19, avaliações conjuntas da GPLN e da Rede Global de Laboratórios de Sarampo e Rubéola serão

aceleradas para documentar a integração e identificar outras áreas em que o progresso rumo à integração possa ser efetuado.

Tarefas da atividade 5

- ✓ Documentar as atividades integradas, usando a resposta laboratorial à COVID-19 como ponto de partida.
- ✓ Realizar uma avaliação conjunta com a Rede Global de Laboratórios de Sarampo e Rubéola para promover ainda mais a integração.

Atividade 6. Finalizar um plano de ação pós-certificação GPLN

Após a certificação global da erradicação do poliovírus e a cessação do uso de VOP vivo, as capacidades laboratoriais devem ser mantidas para continuar a detectar poliovírus, mesmo que a vigilância na era pós-certificação precise ser novamente caracterizada à medida que os riscos futuros mudam para pacientes imunodeficientes cronicamente infectados e possível violação da contenção de uma unidade de armazenamento de poliovírus (por exemplo, um laboratório ou fabricante de vacinas).

Para se preparar para esse período pós-certificação, a vigilância de campo e de laboratório precisará ser alinhada com uma abordagem de vigilância mais integrada, que possa ser sustentada indefinidamente. Sob o GPSAP 2022-2024, o GPLN retomará o trabalho na evolução de sua estrutura e funções para atender aos requisitos de vigilância descritos na Estratégia de Pós-Certificação da Poliomielite.

Tarefas da atividade 6

- ✓ Rever a Estratégia de Pós-Certificação e finalizar um plano de ação pós-certificação GPLN para regiões endêmicas e de surtos até o final de 2023.

Monitoramento

A manutenção e o fortalecimento da capacidade e competência da rede GPLN serão monitorados pela sede da OMS e pelos escritórios regionais e parceiros globais (**Tabela 12**).

Tabela 12 – Atividades de monitoramento para o Objetivo 4 (capacidade e competência GPLN)

Atividade	Regiões	Global
1. Sustentar e fortalecer a capacidade de processamento nos principais laboratórios que atendem aos países de VHR e HR	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as necessidades laboratoriais com base na carga de trabalho projetada e desenvolver um plano de apoio regional para manter os padrões de desempenho laboratorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar os planos regionais com o objetivo de garantir recursos humanos e financeiros para o período GPSAP 2022–2024
2. Implementar a detecção direta (DD) e outras novas metodologias e algoritmos (incluindo sequenciamento) em laboratórios que atendem países de VHR/HR	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as necessidades e a prontidão dos laboratórios para implementar metodologias validadas e algoritmos de teste 	<ul style="list-style-type: none"> • Projetar um plano de trabalho e trabalhar com o pequeno grupo de trabalho da GPLN para validar e implementar novas metodologias

Atividade	Regiões	Global
3. Fortalecer a supervisão do sistema de garantia de qualidade em todos os laboratórios que atendem países endêmicos e com surtos	<ul style="list-style-type: none"> Validar o esquema de credenciamento e desenvolver um cronograma regional para 2022–2024 até o final do primeiro trimestre de 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Definir um cronograma e orientação para credenciamento formal (incluindo visitas <i>in loco</i>, sempre que possível) para os laboratórios que atendem países endêmicos e com surto
4. Participar na preparação dos laboratórios nacionais e na resposta a surtos	<ul style="list-style-type: none"> Documentar a participação, as atividades e as contribuições dos laboratórios e do escritório regional na preparação e resposta a surtos 	<ul style="list-style-type: none"> Trabalhar com o Grupo de Preparação e Resposta a Surtos para estabelecer mecanismos de envolvimento formal dos laboratórios nacionais de poliomielite na preparação e resposta a surtos
5. Continuar a envolver outras redes de vigilância e documentar recursos e atividades integrados	<ul style="list-style-type: none"> Trabalhar com a sede da OMS para promover e documentar sinergias entre os laboratórios de poliomielite e outros laboratórios do mesmo país 	<ul style="list-style-type: none"> Definir um Programa de Trabalho sobre a integração com os escritórios regionais do IVB e da OMS para o período GPSAP 2022–2024
6. Finalizar um plano de ação pós-certificação GPLN	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar as necessidades do país e desenvolver um plano de ação pós-certificação para apoiar a sustentabilidade a longo prazo da vigilância laboratorial 	<ul style="list-style-type: none"> Rever o componente laboratorial da PCS e desenvolver um esquema e um roteiro GPLN para garantir a sustentabilidade do diagnóstico da poliomielite na era pós-certificação, nas regiões endêmicas e com surtos.

DD = detecção direta; GPLN = Rede Global de Laboratórios de Poliomielite; GPSAP = Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite; HR = alto risco; VHR = risco muito alto; IVB = Imunização, Vacinas e Biológicos; PCS = Estratégia de Pós-Certificação; OMS = Organização Mundial da Saúde

GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES E DADOS

Objetivo 5. Aumentar a eficiência na coleta, gerenciamento e uso de dados para ação

Retrospectiva

É vital coletar e processar rapidamente dados de vigilância para a GPEI. A Estratégia GPEI exige sempre que possível uma mudança para sistemas de informação baseados na internet e ferramentas eletrônicas de coleta de dados móveis, de modo a dar suporte ao acesso a dados em tempo real para monitorar a oportunidade da detecção de vírus. Em nível global, a GPEI conta com o Sistema de Informações da Poliomielite (POLIS). Em nível de país, o Epilnfo é comumente usado, e as equipes costumam usar uma combinação de bancos de dados Access e Excel para gerenciamento de dados de PFA e VA. Muitos programas nacionais e regiões estão introduzindo novas tecnologias móveis para coleta de dados em tempo real, mas a falta de padronização entre plataformas cria novos desafios por dificultar qualquer comparação de dados (entre regiões e países e entre dados de laboratório e de campo). O rastreamento de amostras do campo até o laboratório também apresenta desafios, que foram destacados quando as fronteiras internacionais foram fechadas e os voos cancelados durante a pandemia de COVID-19.

Sistema de Informações da Poliomielite (POLIS)

O POLIS coleta todos os dados relacionados à poliomielite compartilhados em nível global. Ele harmoniza os dados em todas as seis regiões da OMS, processa e realiza verificações de qualidade e gera análises de PFA e vigilância ambiental, dados laboratoriais e atividades suplementares de imunização (SIAs). O repositório central fornece dados padronizados, análises e resultados de progresso prontamente disponíveis para os parceiros GPEI e Estados Membros.

Acesse o POLIS: <https://extranet.who.int/polis>

Para apoiar a troca de dados em tempo real entre o campo e o laboratório, o gerenciamento de dados será mais eficiente (**Tabela 13**). Os novos sistemas devem ser interoperáveis com os sistemas existentes para avançar na integração, pois isso não apenas apoia a troca de dados, mas também pode contribuir para uma maior sustentabilidade a longo prazo. Além disso, para garantir que a GPEI possa rastrear e monitorar as remessas de fezes do campo para o laboratório e entre laboratórios, o programa atualizará os sistemas regionais a fim de adotar novos métodos de coleta de dados e evitar a perda de dados entre países ou em nível global.

Tabela 13 – Principais atividades e indicadores-chave de desempenho/processo para o Objetivo 5

Principais atividades	Indicadores-chave de desempenho/processo
1. Avaliar as necessidades gerenciamento de informações e de dados nos países prioritários	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação conjunta das necessidades nacionais com IVB/PAI e WHE em pelo menos 30% dos países de VHR e HR
2. Atualizar os sistemas de informação da poliomielite arcaicos para sistemas baseados na internet	<ul style="list-style-type: none"> • 30% dos laboratórios que atendem países de VHR e HR têm um sistema de IFA baseado na internet ou um sistema de gerenciamento de informações semelhante • 30% dos países de VHR e HR têm sistemas de gerenciamento de informações baseados na internet
3. Desenvolver um sistema online para rastrear a coleta e o transporte de amostras	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 4 países prioritários testaram um sistema de rastreamento online
4. Adaptar o sistema de gerenciamento de informações e mudar de ferramentas de coleta de dados baseadas em papel para eletrônicas	<ul style="list-style-type: none"> • Afeganistão e Paquistão sempre que possível fazem a mudança para dispositivos eletrônicos portáteis para coleta de dados de PFA e VA • 30% dos países de VHR e HR usam dispositivos móveis e portáteis para coleta de dados de vigilância ativa • Todos os indicadores de oportunidade (Anexo E) podem ser monitorados no POLIS

PFA = paralisia flácida aguda; PAI = Programa Ampliado de Imunização; VA = vigilância ambiental; HR = alto risco; IFA = informações para ação; IVB = Imunização, Vacinas e Biológicos; POLIS = Sistema de Informações da Poliomielite; VHR = risco muito alto; WHE = Emergências de Saúde da OMS

Atividade 1. Avaliar as necessidades de gerenciamento de informações e de dados nos países prioritários

Parte integrante da Estratégia GPEI é o compromisso de apoiar a implementação da estratégia abrangente de vigilância de VPD e da estratégia global de preparação para pandemias. Para garantir um alinhamento e um planejamento coerentes, a GPEI colaborará com os programas de Imunização, Vacinas e Biológicos (IVB), PAI e WHE para realizar uma análise da situação dos sistemas de dados nos países prioritários como parte de sua avaliação conjunta. Como a GPEI apoia os países na mudança para ferramentas e sistemas eletrônicos de coleta, troca e armazenamento de dados, será dada atenção especial para garantir que todos os programas se beneficiem do investimento em sistemas de dados robustos em tempo real. Essas avaliações conjuntas garantirão, assim, que os sistemas de dados implementados nos países prioritários serão interoperáveis e se integrarão a outros sistemas de vigilância de VPD, incluindo o Sistema de Informações de Gestão da Saúde (HMIS).

Tarefas da atividade 1

- ✓ Revisar os sistemas de informação em nível nacional, com foco nos países de VHR e HR.
- ✓ Com WHE e IVB/PAI, realizar avaliações conjuntas das necessidades do sistema de informação do país.

Atividade 2. Atualizar os sistemas de informação da poliomielite arcaicos para sistemas baseados na internet

A transição de um sistema de “informações para ação” (IFA) baseado no EpilInfo para um sistema de “informações para ação” baseado na internet (WebIFA) foi testada com sucesso no Afeganistão e no Paquistão e agora está totalmente funcional.

Sob o GPSAP 2022–2024, o programa atenderá a quaisquer necessidades remanescentes do sistema no Afeganistão e no Paquistão. Além disso, o programa explorará e apoiará uma mudança para plataformas baseadas na internet nos laboratórios que atendem países prioritários no tocante a PFA ou vigilância ambiental ou ambos. Além disso, a GPEI garantirá que o WebIFA seja interoperável com outros sistemas, incluindo os sistemas District Health Information Software 2 (DHIS2).

WebIFA

O WebIFA é um sistema de informações em nível nacional que vincula os dados de laboratório e os dados de campo em um único local, combinando os principais recursos do IFA e do LabIFA, que incluem a capacidade de inserir casos de PFA, contatos de PFA, amostras com resultados de laboratório, informações ambientais do local e amostras.

A **Tabela 14** descreve o plano de implantação atual do WebIFA que se concentra em laboratórios que atendem países de VHR e HR. Em países em que o campo usa uma ferramenta de coleta de dados baseada em casos estabelecida, como o DHIS2, o WebIFA garantirá a interoperabilidade e fornecerá uma opção somente de VA para o país.

Tabela 14 – Os laboratórios serão atualizados de sistemas IFA arcaicos para o WebIFA, 2022–2023

Lab (código do país)	Vigilância de campo do país	PFA e/ou VA	Situação de planejamento
PAK	Afganistão	PFA e VA	Concluída
	Paquistão	PFA e VA	Concluída
UGA	Sudão do Sul	PFA e VA	Em andamento
	Uganda	Apenas VA	Em andamento
NIE	Nigéria	PFA e VA	Interrompido
BAN	Bangladesh	PFA e VA	2022
EMR	Todos os países do Mediterrâneo Oriental	PFA e VA	2022/23
ETH	Etiópia	PFA e VA	2022
KEN	Quênia	PFA e VA	2022
	Somália	PFA e VA	2022
SA	(Como um laboratório de referência regional)	PFA e VA	2022
SEN	Níger	PFA e VA	2022
	Senegal	PFA e VA	2022
CIV	Costa do Marfim	PFA e VA	2023
CMR	Camarões	PFA e VA	2023
	Chade	PFA e VA	2023
DRC	República Democrática do Congo	PFA e VA	2023

PFA = paralisia flácida aguda (vigilância); VA = vigilância ambiental

Tarefas da atividade 2

- ✓ Atualizar o sistema de dados laboratoriais para WebIFA (ou outro sistema de gerenciamento de dados baseado na internet) para vigilância de PFA ou VA em pelo menos 12 laboratórios que atendem países prioritários (**Tabela 14**, acima).
- ✓ Continuar a expansão do WebIFA no Afeganistão e Paquistão, levando em consideração quaisquer limitações de segurança, e apoiar a mudança para o formulário de investigação de caso online (CIF) como parte do WebIFA.

Atividade 3. Desenvolver um sistema online para rastrear a coleta e o transporte de amostras

Atualmente, não existe nenhum sistema padronizado ou centralizado para rastrear a coleta e transporte de amostras do campo até sua chegada em um laboratório credenciado pela OMS, nem para rastrear o movimento das amostras entre laboratórios para testes adicionais. Durante a pandemia da COVID-19, quando se tornou muito difícil enviar amostras, principalmente através de fronteiras internacionais, os programas nacionais tiveram um acúmulo de amostras em espera para serem transportadas. Alguns países criaram sistemas baseados em papel para rastrear onde as amostras foram armazenadas, mas a falta de padronização e os atrasos na coleta e confirmação dos dados tornaram o sistema impreciso ou rapidamente desatualizado. Embora haja uma opção no WebIFA para rastrear amostras, este pode não ser o sistema de dados usado em todos os países prioritários, portanto, o programa precisará identificar mecanismos alternativos de rastreamento.

Tarefas da atividade 3

- ✓ Incorporar indicadores de processo no POLIS para rastrear amostras desde a coleta até os resultados finais, destacando os países com atrasos persistentes.
- ✓ Desenvolver um sistema de rastreamento online fácil de implementar.
- ✓ Implementar o novo sistema-piloto online em pelo menos quatro países: Chade, República Democrática do Congo, Somália e Sudão do Sul.

Atividade 4. Adaptar o sistema de gerenciamento de informações e mudar de ferramentas de coleta de dados baseadas em papel para eletrônicas de vigilância de campo

Um sistema de informação de dados eletrônico móvel, conhecido como “sistema de e-data móvel”, é fundamental para monitorar com eficiência o desempenho da vigilância em locais próximos.

Para melhorar a qualidade da vigilância e validar os dados sobre vigilância e supervisão ativa, todas as ferramentas de coleta de dados em papel e em nível de campo devem ser migradas para um sistema móvel de dados eletrônicos em todos os países de risco muito alto e alto (**Tabela 15**). A prioridade será transferir componentes específicos do sistema de vigilância de PFA (incluindo CBS) e do sistema VA para sistemas de dados eletrônicos móveis. Para apoiar a comparação entre localidades geográficas e possivelmente promover a integração, a GPEI desenvolverá variáveis padrão para uso do país.

Sistemas móveis de dados eletrônicos em países prioritários

Na Região Africana, a maioria dos países utiliza vigilância eletrônica (eSurv) e supervisão de apoio integrada (ISS). Na região do Mediterrâneo Oriental, Afeganistão e Paquistão mudaram para ferramentas eletrônicas, mas a Somália e o Iêmen usam ferramentas em papel (**Tabela 15**).

Tabela 15 – Países prioritários para o uso ampliado de ferramentas eletrônicas para vigilância ativa

País	Região	Ferramenta eletrônica para vigilância ativa
Afeganistão	EMR	WebIFA
Angola	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Camarões	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Chade	AFR	Aumentar o uso do eSurv
República Democrática do Congo	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Etiópia	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Guiné	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Quênia	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Níger	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Nigéria	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Paquistão	EMR	Alinhar com o WebIFA
Somália	EMR	Ferramenta eletrônica a ser implementada
Sudão do Sul	AFR	Aumentar o uso do eSurv
Iêmen	EMR	Ferramenta eletrônica a ser implementada

AFR = Região Africana; EMR = Região do Mediterrâneo Oriental; eSurv = sistema de vigilância eletrônica; WebIFA = sistema de informações para ação baseado na internet

Nos países que implementam o WebIFA, começando pelos países endêmicos, as ferramentas eletrônicas de coleta de dados existentes serão integradas ao sistema. No mínimo, as ferramentas que serão integradas incluem: o formulário de vigilância ativa (integrado a VPD), o formulário de supervisão (integrado), o formulário de investigação de caso (CIF) e o CIF detalhado, o exame de acompanhamento

de 60 dias, o formulário de coleta de VA, o Formulário de avaliação do local de VA e as linhas azuis para cursos de água. Também será desenvolvida uma ferramenta genérica para CBS.

No período GPSAP 2022–2024, o programa garantirá que seja fornecido treinamento adequado sobre o uso de ferramentas digitais a todos os funcionários existentes e novos, garantindo uma participação equitativa e significativa das mulheres, dada a lacuna digital de gênero que existe em muitos contextos (**Anexo G e Anexo I**). Onde quer que os sistemas de dados eletrônicos móveis estejam em uso, os países devem garantir que toda a equipe de vigilância os utilize ativamente.

Novos indicadores, incluindo os propostos na Estratégia GPEI e no GPSAP 2022–2024, serão incorporados no POLIS para monitoramento em nível nacional, regional e global.

Tarefas da atividade 4

- ✓ Desenvolver variáveis padrão para vigilância e supervisão ativa. Incluir variáveis padrão na ferramenta eletrônica regional e vincular o repositório de dados regional ao POLIS.
- ✓ Mudar para a ferramenta eletrônica de vigilância ativa na Somália e no Iêmen e consolidar seu uso atual em outros países prioritários (15).
- ✓ Desenvolver e fornecer ferramentas eletrônicas genéricas para CBS.
- ✓ Incorporar os indicadores principais e não principais em análises globais de rota (POLIS).

Monitoramento

O aumento da eficiência na coleta, gerenciamento e uso de dados para ação será monitorado pela sede e pelos escritórios regionais da OMS, juntamente com parceiros globais (**Tabela 16**).

Tabela 16 – Atividades de monitoramento para o Objetivo 5 (Gerenciamento de informações e dados)

Atividade	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
1. Avaliar as necessidades de gerenciamento de informações e de dados nos países prioritários	<ul style="list-style-type: none"> • Países de VHR e HR para participar da avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar os sistemas de informação disponíveis no nível do país • Realizar avaliação conjunta com as equipes IVB/PAI e WHE 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar a avaliação conjunta com os escritórios regionais, VPD, IVB/PAI e equipes WHE
2. Atualizar os sistemas de informação da poliomielite arcaicos para sistemas baseados na internet	<ul style="list-style-type: none"> • Mudar para o CIF online no Afeganistão e no Paquistão. Treinar a equipe e implementar o sistema • Em países e laboratórios selecionados, testar e implementar o WebIFA para PFA/VA 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar os laboratórios e países selecionados na atualização do sistema de gerenciamento de dados e treinamento de pessoal • Fornecer suporte para a expansão do WebIFA no Afeganistão e Paquistão 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar os laboratórios e países selecionados na atualização do sistema de gerenciamento de dados e treinamento de pessoal • Fornecer suporte para a expansão do WebIFA no Afeganistão e no Paquistão
3. Desenvolver um sistema online para rastrear a coleta e o transporte de amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o mecanismo de rastreamento de amostras de fezes e treinar o pessoal; supervisionar e adotar ações corretivas • Monitorar os indicadores de oportunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar, treinar e monitorar a implementação de sistemas de rastreamento em pelo menos 4 países • Monitorar os indicadores de oportunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar e propor sistemas para rastreamento de amostras de fezes do campo ao laboratório • Monitorar os indicadores de oportunidade

Atividade	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
<p>4. Adaptar o sistema de gerenciamento de informações e mudar de ferramentas de coleta de dados baseadas em papel para eletrônicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar ou adaptar os sistemas de vigilância eletrônica e supervisão eletrônica existentes com novas variáveis padrão em todos os países de VHR e HR • Incluir e monitorar um novo conjunto de indicadores principais 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar a ferramenta eletrônica regional existente de vigilância ativa e supervisão de modo a incluir variáveis padrão • Treinar o país em vigilância e supervisão eletrônica, se aplicável • Incluir e monitorar um novo conjunto de indicadores principais 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver POPs para dados e variáveis padrão sobre vigilância e supervisão ativa • Estabelecer um vínculo entre o POLIS e o repositório de dados regional de supervisão e vigilância ativa • Incorporar e monitorar novos indicadores principais no POLIS • Desenvolver e fornecer ferramentas eletrônicas genéricas para CBS

PFA = paralisia flácida aguda; CIF = ficha de investigação de caso; PAI = Programa Ampliado de Imunização; VA = vigilância ambiental; HR = alto risco; IVB = Imunização, Vacinas e Biológicos; VHR = risco muito alto; VPD = doença imunoprevenível; WebIFA = informações baseadas na internet para ação; WHE = Emergências de Saúde da OMS; CBS = vigilância baseada na comunidade; POLIS = Sistema de Informações da Poliomielite; POPs = procedimentos operacionais padrão;

GERENCIAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS DA VIGILÂNCIA

Objetivo 6. Melhorar o Gerenciamento e prestação de contas da vigilância

Retrospectiva

O GPSAP 2022–2024 descreve os desafios mais urgentes enfrentados pela vigilância da poliomielite e as prioridades necessárias para enfrentar esses desafios, melhorando a oportunidade da detecção do vírus, integrando a vigilância da poliomielite com outros programas de saúde para garantir a sustentabilidade e se certificando de que as atividades de vigilância e os programas nacionais sejam responsivos ao gênero, pois a inclusão de gênero é fundamental para se alcançar a erradicação da poliomielite.²²

Para garantir que os programas nacionais cumpram essas prioridades, os gestores dos programas de vigilância concentrarão seus esforços nas seguintes atividades (**Tabela 17**).

Tabela 17 – Principais atividades e indicadores-chave de desempenho/processo para o Objetivo 6

Principais atividades	Indicadores-chave de desempenho/processo
1. Desenvolver e acompanhar a implementação do GPSAP nos países prioritários	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países prioritários com planos de fortalecimento da vigilância que incorporam as recomendações do GPSAP 2022–2024 • Relatório semestral ao Comitê de Estratégia GPEI sobre a implementação do GPSAP
2. Monitorar os riscos estratégicos para o desempenho e a prestação de contas da vigilância	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório mensal sobre o desempenho da vigilância para o Comitê de Estratégia GPEI • Relatório semestral sobre o registro de risco de vigilância para o Comitê de Estratégia GPEI
3. Promover a integração e a sustentabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países prioritários com ferramenta de vigilância ativa que integra doenças selecionadas propensas à epidemia • Número de países prioritários com treinamento integrado
4. Promover a responsividade ao gênero	<ul style="list-style-type: none"> • Principais indicadores desagregados e analisados por sexo

GPEI = Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; GPSAP = Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite

Atividade 1. Desenvolver e acompanhar a implementação do GPSAP nos países prioritários

Espera-se que os países prioritários desenvolvam, implementem, monitorem e relatem seus planos de fortalecimento da vigilância, incorporando as atividades e tarefas descritas neste GPSAP. Esses planos devem abranger todos os aspectos da vigilância, destacando os prazos para a execução das principais atividades e identificando linhas claras de responsabilidade e prestação de contas para apoiar a implementação. De acordo com a Estratégia GPEI, os planos de fortalecimento da vigilância devem abordar como os países aumentarão a oportunidade da detecção, integrarão a vigilância da poliomielite com outros programas e garantirão a responsividade ao gênero em todas as atividades do programa. Como a GPEI apenas complementa o financiamento do governo em determinados países prioritários, os esquemas de angariação de fundos e de partilha de custos, bem como as contribuições financeiras e de gestão do governo, serão essenciais para os planos nacionais (**Anexo J. Orçamento e finanças**).

Os planos de fortalecimento da vigilância são considerados documentos dinâmicos e devem ser atualizados à medida que a epidemiologia muda e novas recomendações se tornam disponíveis. Serão apresentados trimestralmente relatórios sobre o estado de implementação pelos países prioritários

²² Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Estratégia de Equidade de Gênero 2019–2023. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Gender-Strategy.pdf>).

às regiões; relatórios em nível regional e global serão concluídos semestralmente. Para apoiar ainda mais os planos de fortalecimento da vigilância, os programas nacionais são incentivados a consultar os recursos selecionados nas áreas de trabalho que informam os objetivos do GPSAP 2022–2024 (**Anexo K. Recursos**).

Como parte de seu monitoramento, o Grupo de Vigilância analisará a relevância e a viabilidade dos principais indicadores de desempenho do GPSAP no primeiro semestre de 2022.

Tarefas da atividade 1

- ✓ Os países prioritários devem desenvolver planos de fortalecimento da vigilância com integração específica da área e linhas claras de responsabilidade e prestação de contas, incorporando as recomendações do GPSAP 2022–2024.
- ✓ Os países prioritários devem apresentar relatórios trimestrais às regiões sobre a situação da implementação dos planos de fortalecimento da vigilância.
- ✓ Relatar semestralmente ao Comitê de Estratégia a implementação do GPSAP 2022–2024.
- ✓ Sempre que necessário, analisar os indicadores de desempenho/processo do GPSAP e definir metas até o segundo trimestre de 2022.

Atividade 2. Monitorar os riscos estratégicos para o desempenho e prestação de contas da vigilância

A Estratégia GPEI identifica a falta de vigilância como um risco importante para a erradicação da poliomielite. Para se preparar e responder efetivamente a esse risco, os Grupos de Vigilância e Defesa de Causa da GPEI, sob a orientação do Comitê de Estratégia, desenvolverão um registro de risco de vigilância que identifica riscos específicos, seu impacto associado, sua probabilidade, medidas de mitigação, situação atual de risco, e proprietário(s) do risco. Para monitorar os riscos para o desempenho da vigilância em nível nacional, os programas nacionais devem continuar a realizar análises documentais e de campo, sejam análises internas ou análises externas independentes com presença internacional. Um kit de ferramentas para análise de vigilância será desenvolvido para orientar, facilitar e padronizar as análises de vigilância.

Os riscos para a vigilância da poliomielite serão monitorados por meio de um **registro de riscos** que identificará os proprietários dos riscos e, portanto, onde está a **responsabilidade** pelo gerenciamento dos riscos.

O Grupo de Vigilância também relatará à Unidade de Gestão Executiva o risco e o desempenho da vigilância global.

Tarefas da atividade 2

- ✓ Monitorar o desempenho da vigilância em todos os países com foco nos países prioritários.
- ✓ Finalizar as análises de vigilância externa nos países de VHR e HR em coordenação com os escritórios regionais; alinhar as análises com as atividades planejadas, incluindo avaliações de resposta a surtos (OBRAs), análises de vigilância de VPD e avaliações da vigilância de WHE.
- ✓ Desenvolver um kit de ferramentas de análise de vigilância de modo a incluir modelos, formulários digitais, uma estrutura de análise e um breve guia sobre quando e como usar e adaptar cada ferramenta.
- ✓ Desenvolver um registro de risco e apresentar semestralmente relatórios de risco ao Comitê de Estratégia.

Atividade 3. Promover a integração e a sustentabilidade

À medida que o mundo se prepara para a erradicação da poliomielite, os parceiros da GPEI estão apoiando ativamente os países na transição do apoio da GPEI para programas de propriedade nacional e dirigidos para garantir que os principais recursos e capacidades, incluindo vigilância, sejam mantidos na era pós-certificação após o término da GPEI. Uma abordagem para apoiar essa transição é integrar as atividades de imunização e vigilância da poliomielite em outros programas [por exemplo, vigilância da VPD, Iniciativa do Sarampo e Rubéola (M&RI) e WHE], e há vários países e regiões que estão em processo ou que o fizeram com sucesso.

Para avançar na integração, foi lançada no final de 2019 uma iniciativa multiparceira, conhecida como “Programa Interino de Trabalho para Ações Integradas” (iPOW)²³ com foco nas ações imediatas, urgentes e mais viáveis que podem ser operacionalizadas no contexto da COVID-19. No Afeganistão e no Paquistão, os recursos da poliomielite têm sido usados para realizar vigilância de doenças propensas à epidemia e resposta a outros surtos e emergências de saúde, incluindo a pandemia de COVID-19. No entanto, o apoio muitas vezes tem sido baseado na necessidade e específico do incidente.

Com base nesse esforço, o Grupo de Vigilância monitorará até que ponto as atividades são integradas e o impacto da integração na vigilância da poliomielite como um componente crucial para o período GPSAP 2022–2024.

No primeiro semestre de 2022, o Grupo de Vigilância desenvolverá um roteiro para a integração da vigilância. Ao explorar minuciosamente as equipes e atividades da OMS de vigilância de campo e laboratorial e gerenciamento de dados e informações sobre a poliomielite, o Grupo de Vigilância identificará sistematicamente áreas que possam se beneficiar da colaboração com outros programas, tais como outros programas de VPD ou emergências de saúde. Então, em coordenação com outros programas e grupos, será desenvolvido um plano para integrar essas áreas e atividades selecionadas como etapa da transição das funções da poliomielite para outros programas de doenças. O roteiro se baseará nas lições identificadas nas regiões e países e levará em conta a integração de atividades que já foram iniciadas em nível global.

Tarefas da atividade 3

- ✓ Desenvolver um roteiro para a integração da vigilância da poliomielite até o primeiro trimestre de 2022.
- ✓ Coordenar com IVB/PAI, VPD e WHE as principais atividades de vigilância de campo.
- ✓ Aumentar os esforços de integração no Afeganistão e no Paquistão, começando com a integração da vigilância da COVID-19 e do sarampo nos planos de trabalho de vigilância da poliomielite nos países.
- ✓ Monitorar os KPIs para avaliar o impacto da integração na sensibilidade da vigilância da poliomielite; se for identificado declínio sustentado na sensibilidade, realizar uma avaliação rápida seguida de ação apropriada.

²³ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Programa Interino de Trabalho para Ações Integradas no contexto da pandemia de COVID-19 para Erradicação da Poliomielite e Programa Essencial de Imunização. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>).

Atividade 4. Promover a responsividade ao gênero

Em alinhamento com a Estratégia de Erradicação da Poliomielite da GPEI e a Estratégia de Gênero da GPEI, os gestores de vigilância da poliomielite devem ter como objetivo promover a responsividade ao gênero em todo o trabalho relacionado à vigilância.

A aplicação de uma lente de gênero à vigilância requer a coleta sistemática de dados desagregados por sexo para apoiar uma análise de gênero que possa ajudar a abordar lacunas e barreiras e orientar a tomada de decisões. Para promover uma maior capacidade de responsividade ao gênero, serão realizadas análises de

Uma lente de gênero deve ser aplicada a todos os trabalhos e atividades relacionados à vigilância para abordar as barreiras à imunização e à vigilância relacionadas ao gênero, promover a **equidade de gênero** e promover a **responsividade ao gênero**.

gênero em dados epidemiológicos e programáticos, incluindo nas equipes. Serão feitos esforços para garantir uma força de trabalho inclusiva e diversificada, a fim de aumentar o recrutamento e retenção de mulheres na vigilância e obter equipes com equilíbrio de gênero. Um enfoque particular será dado às áreas em que a participação das mulheres é atualmente baixa, pois a composição da equipe pode criar lacunas de vigilância devido a barreiras específicas do contexto (ou seja, os homens em alguns contextos não podem entrar nas casas). A promoção da responsividade ao gênero também incluirá a provisão de capacitação com foco em gênero, tais como treinamentos para funcionários sobre barreiras à vigilância relacionadas ao gênero. Além disso, o treinamento da equipe de vigilância incluirá informações sobre os mecanismos de proteção e notificação existentes e as normas relacionadas à prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais (PRSEAH) (**Anexo I: Gênero**).

Tarefas da atividade 4

- ✓ Garantir que as intervenções, orientações, estratégias e políticas de vigilância incorporem considerações de gênero e abordem as barreiras à imunização e vigilância relacionadas ao gênero.
- ✓ Monitorar os KPIs relacionados a gênero e adotar medidas corretivas, conforme necessário.
- ✓ Assegurar que todo o pessoal de vigilância passe por treinamento em PRSEAH.
- ✓ Incluir um módulo de gênero nos treinamentos de vigilância.

Monitoramento

O aprimoramento do gerenciamento e da prestação de contas da vigilância será monitorado pela sede da OMS, pelos escritórios regionais da OMS e parceiros globais da GPEI (**Tabela 18**).

Tabela 18 – Atividades de monitoramento para o Objetivo 6 (gerenciamento e prestação de contas)

Atividades	Países prioritários	Regional / sub-regional	Global
1. Desenvolver e acompanhar a implementação do GPSAP nos países prioritários	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver planos de fortalecimento da vigilância nos países prioritários selecionados Relatório trimestral para a região sobre a situação da implementação 	<ul style="list-style-type: none"> Apoiar os países no desenvolvimento de seus planos Monitorar a implementação do plano nos países prioritários e relatar semestralmente 	<ul style="list-style-type: none"> Relatório semestral sobre a implementação do GPSAP Analisar os principais indicadores de desempenho e processo do GPSAP, se necessário
2. Monitorar os riscos estratégicos para o desempenho e prestação de contas da vigilância	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar mensalmente o desempenho da vigilância por meio de reuniões de análise Monitorar trimestralmente o progresso da implementação do plano/recomendações em relação às metas Implementar análises de vigilância integradas 	<ul style="list-style-type: none"> Finalizar os planos de análise de vigilância externa nos países prioritários Relatório mensal sobre o desempenho da vigilância 	<ul style="list-style-type: none"> Finalizar os planos de análise de vigilância externa Desenvolver um kit de ferramentas de análise de vigilância Desenvolver um registro de risco de vigilância; relatar semestralmente ao Comitê de Estratégia Relatar mensalmente o desempenho da vigilância ao Comitê de Estratégia
3. Promover a integração e a sustentabilidade	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a integração, especialmente com ferramentas integradas de vigilância ativa, sistemas de informação e capacitação 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenar integração conjunta com VPD regional e o grupo de emergência Monitorar o progresso da integração duas vezes por ano Monitorar mensalmente o desempenho da vigilância da poliomielite em todos os países em “transição” 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenar atividades conjuntas de vigilância com IVB e WHE Desenvolver um roteiro de integração até o primeiro trimestre de 2022 Monitorar regularmente o desempenho da vigilância da poliomielite em todos os países em transição
4. Promover a responsividade ao gênero	<ul style="list-style-type: none"> Garantir que a equipe de vigilância passe pelo treinamento PRSEAH Garantir que os treinamentos de vigilância incluam um componente de gênero Garantir que todos os dados sejam desagregados por sexo, quando aplicável, com análise de gênero 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir que a equipe de vigilância passe pelo treinamento PRSEAH Garantir que todos os treinamentos de vigilância incluam um componente de gênero Garantir que todos os dados sejam desagregados por sexo, quando aplicável, com análise de gênero 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir que a equipe de vigilância passe pelo treinamento obrigatório de PRSEAH, em todos os níveis Monitorar KPIs relacionados a gênero e adotar ações corretivas, conforme necessário Incluir um módulo de gênero no treinamento de vigilância

GPSAP = Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite

IVB = Imunização, Vacinas e Biológicos; KPIs = indicadores-chave de desempenho; PRSEAH = prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais; VPD = doença imunoprevenível; WHE = Emergências de Saúde da OMS

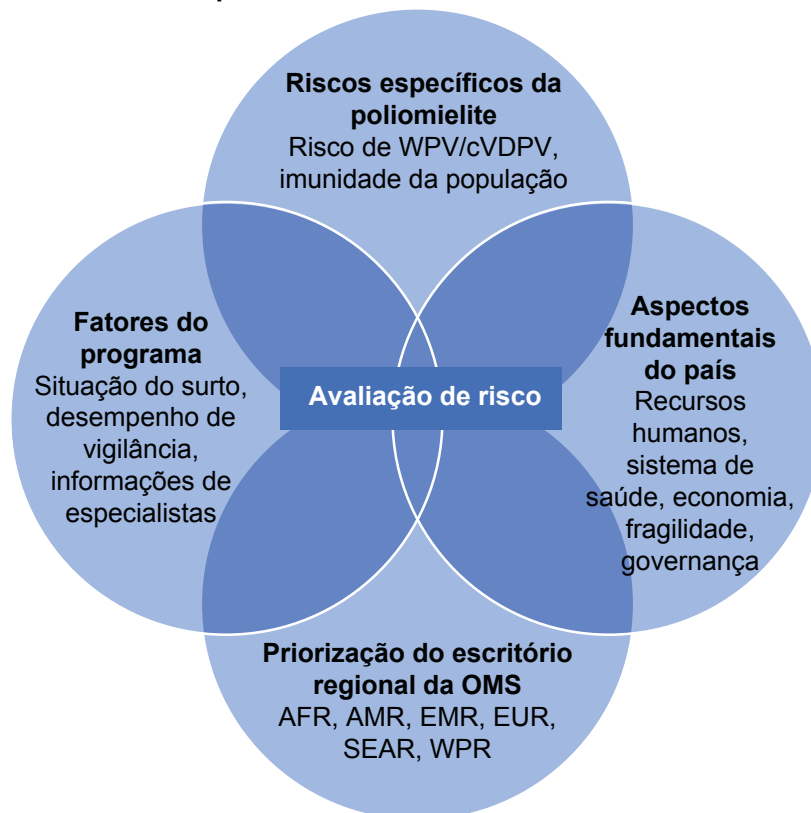
ANEXOS

ANEXO A. AVALIAÇÃO DE RISCO DO PAÍS

Embora tenha havido um claro progresso para alcançar a erradicação da poliomielite, a esteira prolongada da transmissão do poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) nos países endêmicos finais e os surtos recorrentes de poliovírus circulante derivado da vacina (cVDPV) em um número crescente de regiões apresentam um risco especial para o programa. Consequentemente, qualquer afrouxamento dos esforços provavelmente resultará em grandes reveses nos ganhos para a erradicação global da poliomielite.

A capacidade de detectar e responder consistentemente à detecção do poliovírus depende, em última análise, da capacidade existente no país – e os estados frágeis, especialmente aqueles com conflitos contínuos, são especialmente vulneráveis. A Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI) investiu pesadamente ao longo de décadas no estabelecimento e manutenção de um robusto sistema global de vigilância da poliomielite nos países. Para apoiar as atividades durante o Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite (GPSAP) 2022–2024, o Grupo de Vigilância GPEI realizou uma avaliação de risco com vistas às necessidades de médio a longo prazo para garantir apoio direto contínuo para os países de maior risco. Os fatores que foram levados em consideração incluem: riscos específicos da poliomielite, fatores do programa relacionados ao desempenho da vigilância e situação do surto, variáveis do país, como segurança da saúde e capacidade de recursos humanos, e percepções do escritório regional da OMS (**Figura A1 e Tabela A1**).

Figura A1. Fatores-chave usados para avaliar o risco



AFR = Região Africana; AMR = Região das Américas; cVDPV = poliovírus circulante derivado da vacina; EMR = Região do Mediterrâneo Oriental; EUR = Região Europeia; SEAR = Região do Sudeste Asiático; WPR = Região do Pacífico Ocidental; WPV = poliovírus selvagem
 Fonte: OMS.

Tabela A1. Fatores-chave usados para avaliar o risco, definidos

Fator	Descrição
Risco específico da poliomielite	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> • epidemiologia de WPV e VDPV na última década, com maior risco para países com circulação prolongada e/ou recorrente de poliovírus; e • nível de imunidade da população, incluindo imunização essencial, com maior risco para países com maior número de populações subimunizadas.
Aspectos fundamentais do país	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> • governança e fragilidade, reconhecendo que os países frágeis e países com governança mais fraca correm maior risco; • economia, reconhecendo que os países com economia mais fraca e/ou dependente de financiamento externo precisam de maior apoio financeiro da GPEI; • capacidade de recursos humanos, reconhecendo que os países com menor capacidade de recursos humanos precisam de mais apoio técnico no país; e • indicadores do sistema de saúde, reconhecendo que os países com sistemas de saúde mais fracos requerem desenvolvimento e apoio de sistemas mais focados de vigilância específica da poliomielite.
Priorização do escritório regional da OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações de risco regional da OMS incluídas para ajustar ainda mais o risco.
Outros fatores do programa	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> • situação atual do surto (nos países de baixo risco, o risco aumenta automaticamente se o país tiver um surto em andamento); • desempenho da vigilância (desempenho inferior, especialmente a oportunidade tardia da detecção, eleva o risco); e • contribuição de especialistas do Grupo de Vigilância GPEI. (Sem alterar fundamentalmente a avaliação geral de risco, o <i>feedback</i> dos membros do Grupo de Vigilância foi usado para fazer ajustes.)

GPEI = Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; VDPV = poliovírus derivado de vacina; OMS = Organização Mundial da Saúde; WPV = poliovírus selvagem

Com base nessa avaliação de risco, o Grupo de Vigilância desenvolveu uma classificação de risco do país em vários níveis para orientar as prioridades de vigilância sob o GPSAP 2022–2024 (**Tabela A2**). Os países identificados como de risco muito alto, alto risco e risco médio-alto são aqueles que apresentam lacunas persistentes na vigilância e são cronicamente vulneráveis à transmissão do poliovírus. Eles são chamados no GPSAP de “países prioritários”.

Essa avaliação de risco do país será realizada pelo menos anualmente para apoiar a detecção e resposta oportunas durante todo o período de vigência do GPSAP 2022–2024.

Tabela A2. Avaliação de risco do país (2022)

Nível de risco*	Região da OMS	País
Risco muito alto	AFR	Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Níger, Nigéria
	EMR	Afeganistão, Paquistão, Somália
Alto risco	AFR	Angola, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Guiné, Quênia, Mali, Sudão do Sul
	EMR	Iémen
Risco médio-alto	AFR	Benin, Costa do Marfim, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Madagascar, Moçambique, Togo
	EMR	Iraque, Sudão, República Árabe Síria
	SEAR	Mianmar
	WPR	Papua Nova Guiné, Filipinas
Risco médio	AFR	Burundi, Congo, Gabão, Gâmbia, Gana, Libéria, Senegal, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia
	EMR	Djibuti, Egito, Irã (República Islâmica do), Líbia
	EUR	Tajiquistão, Ucrânia
	SEAR	Indonésia, Nepal
	AMR	Haiti
	WPR	República Democrática Popular do Laos, China
Risco médio-baixo	AFR	Eritreia, Malawi, Mauritânia, Namíbia, Ruanda, República Unida da Tanzânia, Zimbábue
	EMR	Líbano
	SEAR	Bangladesh, Índia, Timor-Leste
	AMR	Bolívia (Estado Plurinacional da)
	WPR	Camboja, Malásia
Baixo risco	Todas as regiões	Todos os outros países

AFR = Região Africana; AMR = Região das Américas; EMR = Região do Mediterrâneo Oriental; EUR = Região Europeia; SEAR = Região do Sudeste Asiático; WPR = Região do Pacífico Ocidental

* Em caso de surto, qualquer país que ainda não esteja classificado como de risco médio ou mais alto será automaticamente classificado como de risco médio.

ANEXO B. AUDITORIA DE VIGILÂNCIA DE PFA

Todos os países devem auditar anualmente o desempenho da vigilância da paralisia flácida aguda (PFA). As auditorias permitem a expansão ou otimização do sistema para garantir cobertura de vigilância sensível, incluindo representatividade geográfica e demográfica. Atenção especial deve ser dada às áreas e populações de alto risco, de acesso comprometido e de difícil acesso, pois muitas vezes requerem estratégias e recursos adicionais. Todas as avaliações de risco, identificação da população e mapeamento devem ser desenvolvidos em estreita coordenação com os Ministérios da Saúde e autoridades em todos os níveis. Também deve-se consultar organizações locais ou grupos de mulheres que trabalham próximo ou em estreito contato com populações em risco.

O processo de realização de uma auditoria de supervisão de PFA inclui as seguintes atividades.

- Avaliação dos recursos e oportunidades disponíveis:
 - Descrever em detalhes a atual rede de vigilância de PFA, abrangendo todas as atividades que estão sendo realizadas (por exemplo, vigilância ativa) e onde elas são feitas.
 - Mapeamento e perfil de todos os recursos que podem apoiar as atividades de vigilância da poliomielite: prestadores de serviços e unidades de saúde (públicas e privadas, com e sem fins lucrativos, militares e civis), atores-chave da comunidade (líderes, curandeiros tradicionais, líderes religiosos), organizações não governamentais (ONGs), agências humanitárias e o Corpo Médico dos militares, se necessário.
 - Mapear os recursos humanos (de todas as fontes) disponíveis para vigilância e avaliar sua contribuição na vigilância da poliomielite.
 - Rever a capacidade de vigilância e as necessidades de treinamento de todo o pessoal disponível.
- Usar indicadores de vigilância padrão para avaliar a cobertura e a sensibilidade da rede de vigilância em nível nacional e subnacional (**Anexo E**), seguido de um “mergulho mais profundo” nos dados que podem ajudar a identificar fatores subjacentes ao desempenho inadequado ou descobertas intrigantes. Esses exercícios podem ser conduzidos usando o guia de análise documental da vigilância.
- Identificar e mapear as áreas inacessíveis e de difícil acesso e populações especiais, pois podem precisar de planejamento especial ou estratégias adicionais.
 - Mapeamento de todas as áreas de acesso e segurança comprometidas. Usar as atualizações regulares de todos os dados disponíveis sobre acessibilidade, incluindo dados de dentro dos países (militares, se disponíveis, e outros programas ou ministérios governamentais, como o Ministério da Educação) e do Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA), do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), da Organização Internacional para Migrações (OIM), dos mapas ReliefWeb, de ONGs e de outras fontes.
 - Mapeamento de todas as populações carentes: refugiados, populações deslocadas internamente (IDPs), populações migrantes econômicas, populações nômades, comunidades pesqueiras, comunidades mineiras, comunidades fronteiriças, populações de minorias étnicas e outros.
- Avaliar o comportamento de busca de saúde e as disparidades de gênero por meio da realização de análises desagregadas por sexo e grupo populacional para identificar possíveis barreiras à detecção oportuna de casos de PFA.
- Considerar os riscos epidemiológicos (por exemplo, áreas com histórico/risco de importação, surtos ou transmissão não notificada) para identificar áreas de foco ao priorizar as atividades de vigilância.
- Usar todos os dados analisados para desenvolver ou modificar os planos para abordar todas as lacunas identificadas.

ANEXO C. COMPORTAMENTO DE BUSCA DE SAÚDE

Atrasos na detecção de casos ou casos perdidos podem surgir de uma compreensão limitada do comportamento de busca de saúde dos casos de paralisia flácida aguda (PFA) e seus cuidadores, bem como as barreiras que eles podem enfrentar no acesso ao atendimento de saúde. Para resolver isso, os programas nacionais devem coletar dados de comportamento de busca de saúde desagregados por gênero e situação de risco no nível administrativo mais baixo possível, por exemplo, em grupos populacionais especiais. Quando analisados, esses dados podem apontar possíveis lacunas na vigilância subnacional e podem ajudar a fortalecer as atividades do programa por meio de uma compreensão mais profunda das causas subjacentes.

Avaliação do comportamento de busca de saúde

As avaliações do comportamento de busca de saúde visam identificar unidades de saúde ou pessoas que os casos e seus cuidadores procuram, mas que podem deixar de notificar casos de PFA ao programa nacional ou que podem notificar casos, mas não se encontram atualmente na rede de notificações de PFA. Uma vez que esses indivíduos ou estabelecimentos tenham sido identificados, o programa pode tomar as medidas apropriadas para aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância de PFA – por exemplo, retreinando um ponto focal sobre notificação de PFA ou incluindo um novo ponto focal na rede de notificação. Essas avaliações analisam as informações coletadas nos formulários modificados de investigação de casos (CIFs) nos quais os casos de PFA detalham seus encontros de saúde antes que seu caso fosse oficialmente notificado por meio da rede de vigilância ativa de PFA.

Esse exercício pode ser realizado por países cujos CIFs registram encontros de saúde anteriores. Recomenda-se aos países que atualmente não coletam tais informações que considerem a adoção das mudanças nos CIFs propostas abaixo.

As avaliações do comportamento de busca de saúde podem ser coordenadas como parte da análise periódica da rede de notificação, durante as avaliações de resposta a surtos (OBRAs), as análises de vigilância ou outras atividades destinadas a analisar e fortalecer a rede de vigilância de PFA. Aqueles que realizam a avaliação também devem entrar em contato com outros programas do Ministério da Saúde, como Saúde Materna e Infantil, que podem realizar suas próprias avaliações de comportamento de busca de saúde, tanto para melhor orientar os métodos de avaliação quanto para identificar ações subsequentes para preenchimento das lacunas.

Etapa um: análise rápida da rede de notificação

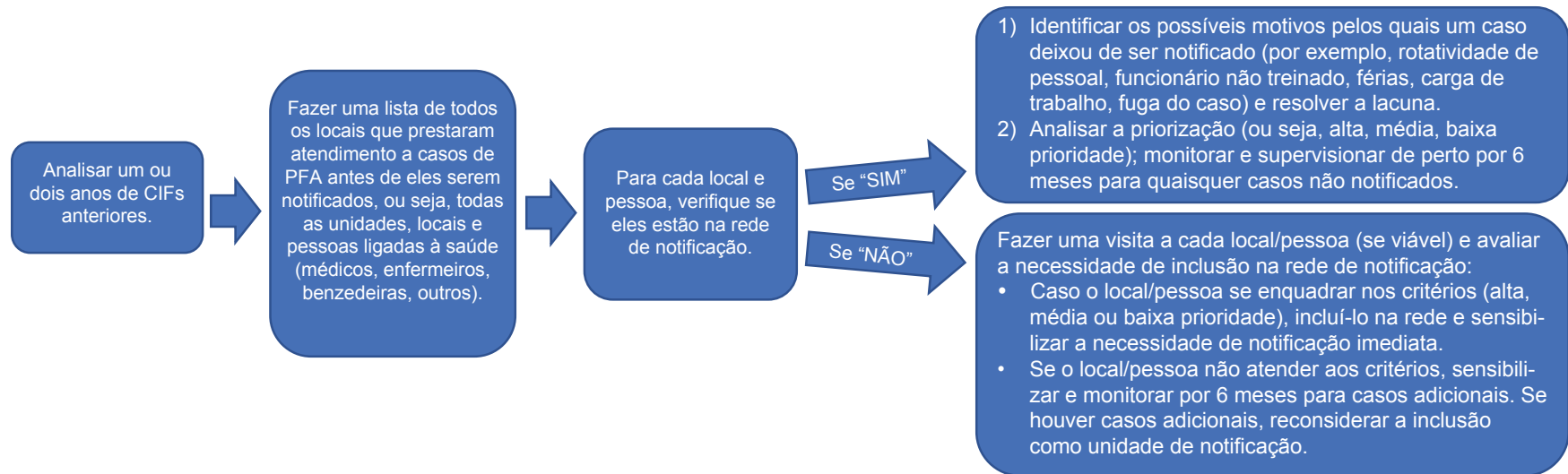
A primeira etapa de uma avaliação do comportamento de busca de saúde é uma rápida análise da rede realizada por meio de uma análise retrospectiva dos CIFs (**Figura C1**). A análise rápida deve ter como objetivo responder às seguintes perguntas:

- Quantos locais de notificação deixaram de notificar um caso de PFA? Quais e onde?
- Quais são os locais não-notificadores (ou seja, que não fazem parte da rede de notificação) que (a) receberam e (b) notificaram um caso de PFA?

Etapa dois: analisar possíveis clusters de notificações atrasadas

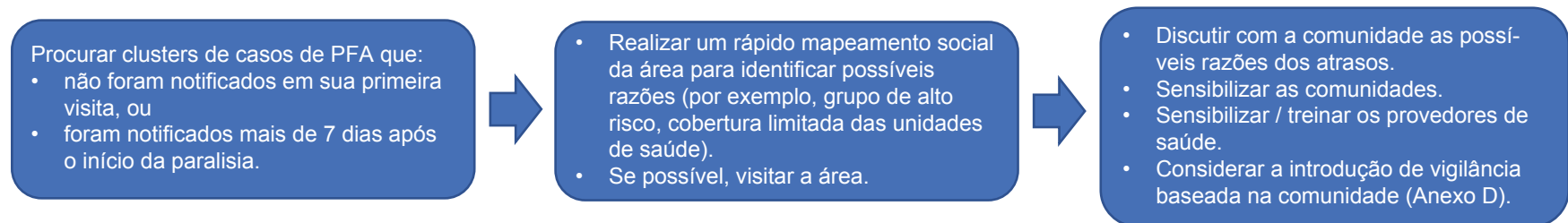
A segunda etapa de uma avaliação do comportamento de busca de saúde procura grupos de casos de PFA que foram detectados tardiamente (**Figura C2**). O objetivo é identificar áreas geográficas em que os atrasos na detecção de casos de PFA possam estar ligados a hábitos ou atitudes particulares de uma população especial em relação ao atendimento de saúde e à busca de atendimento, ou em que a vigilância de PFA possa estar negligenciando os prestadores de serviços locais e mais tradicionais.

Figura C1. Análise rápida da rede de vigilância de PFA



CIF = formulário de investigação de caso
 Fonte: OMS.

Figura C2. Pesquisar clusters de PFA detectados tardiamente



PFA = paralisia flácida aguda
 Fonte: OMS.

Formulários de investigação de caso modificados

Para obter uma melhor compreensão do comportamento de busca de saúde, os CIFs devem ser modificados de modo a incluir:

o número de consultas de saúde que o caso teve antes de ser notificado;

se os locais de notificação (estabelecimento/pessoa) que viram o caso antes de ele ser notificado fazem parte da rede de notificação; e

se o(s) encontro(s) resultou(aram) ou não em uma notificação.

A GPEI desenvolveu uma seção de amostra do CIF para ajudar os países a capturar informações sobre o comportamento de busca de saúde (**Figura C3**). Dois modelos (um para países endêmicos e outro para não endêmicos) também podem ser encontrados nas Orientações Globais para Vigilância da Paralisia Flácida Aguda para Poliovírus.²⁴

Figura C3. Amostra da seção de encontros de saúde a ser adicionada aos formulários de investigação de caso

O Caso procurou ajuda em algum outro local depois que os pais ou cuidadores notaram paralisia ou fraqueza na criança e antes de ser atendido no local atual? Sim / Não						
Em ordem cronológica, liste o(s) Local(is) e/ou Pessoa(s) que o Caso procurou para atendimento de saúde entre o Início e a consulta neste local (Notificação). Preencha a tabela abaixo em ordem cronológica, incluindo este local:						
Número total de encontros de saúde deste caso: _____						
Encontros de saúde	Data da consulta	1: / /	2: / /	3: / /	4: / /	5: / /
	Nome do Estabelecimento ou Pessoa (1)					
	Tipo de Estabelecimento ou Pessoa (2)					
	Localização [endereço] do estabelecimento ou pessoa com número de telefone					
	Este local faz parte da rede de notificação?	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não
	O caso foi notificado?	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não
	Ações adotadas se o caso não foi notificado					
	(1) "Nome da Pessoa" se Praticante de Medicina Tradicional ou Curandeiro, ou outro indivíduo (2) 1=Hospital / 2=Clínica ou Centro de Saúde / 3=Farmácia / 4=Praticante de Medicina Tradicional ou Curandeiro / 5=Outro (especificar)					

Fonte: OMS.

Indicadores de comportamento em busca de saúde

A GPEI identificou indicadores de comportamento de busca de saúde (**Tabela C1 e Anexo E**). A GPEI recomenda a seguinte frequência nas avaliações de comportamento de busca de saúde:

- os países prioritários devem analisar mensalmente o comportamento de busca de saúde; e
- os países não prioritários devem analisar trimestralmente o comportamento de busca de saúde e incluir os resultados da avaliação nas análises documentais.

²⁴ As Orientações Globais para Vigilância da Paralisia Flácida Aguda para Poliovírus estão planejadas para publicação em 2022. Enquanto isso, modelos para CIFs modificados para países endêmicos e não endêmicos podem ser encontrados online: <https://bit.ly/CIF-non-endemic-v2021> e <https://bit.ly/CIF-non-endemic-v2021>.

Tabela C1. Indicadores não principais sobre o comportamento de busca de saúde**

Indicador	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Encontros de casos de PFA†	$\frac{\text{Nº de casos de PFA com } \leq 2 \text{ encontros de saúde entre o início e a notificação}}{\text{Nº de casos de PFA}}$	$\geq 80\%$
Adequação da notificação por designação	$\frac{\text{Nº de 1ºs atendimentos de saúde que levaram a uma notificação, por designação [fonte de notificação]§}}{\text{Nº de encontros de saúde com essa mesma designação}}$	$\geq 80\%$
Adequação da rede de vigilância	$\frac{\text{Nº de casos de PFA com primeiros encontros de saúde com um local de notificação dentro da rede vigilância de PFA}}{\text{Nº de casos de PFA}}$	$\geq 80\%$
Casos de PFA notificados tardiamente: Completude das informações do encontro de saúde	Entre os casos de PFA notificados > 14 dias após o início da paralisia: $\frac{\text{Nº de casos de PFA sem informações sobre encontros de saúde}}{\text{Nº de casos de PFA notificados > 14 dias após o início da paralisia}}$	$\geq 80\%$

PFA = paralisia flácida aguda

* Nos países prioritários (risco muito alto, risco alto e risco médio-alto), os indicadores devem ser analisados mensalmente.

† Nos países não prioritários, os indicadores devem ser analisados trimestralmente e incluídos nas análises documentais.

‡ Os resultados devem ser estratificados por sexo.

§ Essa é a "porcentagem de 1ºs atendimentos por designação (por exemplo, médico, enfermeiro, curandeiro, vacinador, outro) que levaram à notificação de um caso de PFA".

ANEXO D. VIGILÂNCIA BASEADA NA COMUNIDADE

As informações abaixo são extraídas de um auxílio de trabalho detalhado encontrado nas Orientações Globais para Vigilância da Paralisia Flácida Aguda para Poliovírus, a serem publicadas em meados de 2022.

Definição e justificativa

Vigilância baseada na comunidade (CBS) é a detecção sistemática e a notificação de eventos de importância para a saúde pública dentro de uma comunidade e por membros da comunidade. Na CBS, membros da comunidade treinados (por exemplo, informantes, voluntários) são contratados para notificar casos suspeitos de paralisia flácida aguda (PFA), com base em uma definição simplificada de caso de PFA adaptada para uso por membros da comunidade, a uma pessoa focal designada que faça parte do sistema de vigilância de PFA (geralmente um ponto focal em uma unidade de saúde da rede ou um agente de vigilância). A CBS pode fornecer um vínculo adicional entre as comunidades e o sistema de vigilância de PFA baseado nas unidades por meio do ponto focal designado; também pode aumentar o envolvimento da comunidade nos cuidados de saúde e a aceitação das atividades de imunização e vigilância. No entanto, o início da CBS deve ser cuidadosamente avaliado, pois talvez não seja a opção mais eficiente para lidar com as lacunas de vigilância que poderiam ser melhor abordadas por meio de atividades de sensibilização e ajustes na rede de vigilância ativa. Os programas são aconselhados a olhar primeiro para soluções mais sustentáveis e custo-efetivas.

Modalidades

Os métodos ou modalidades de CBS variam de **baixa intensidade de recursos** (ou seja, com base em outras redes existentes) a **alta intensidade de recursos** (ou seja, informantes pagos e uso de ferramentas digitais especializadas).

Os principais direcionadores de custos para CBS incluem: treinamento (treinamento inicial e atualizações); supervisão; incentivos de notificação ou pagamento mensal; e o uso de tecnologia digital, telefones celulares ou outras ferramentas (custos iniciais e recorrentes). Treinamento, sensibilização e supervisão são atividades mínimas essenciais para todas as modalidades de CBS. A adição de outras atividades e a extensão da implementação vêm com custos aumentados [por exemplo, o valor monetário dos incentivos de notificação pode variar e a tecnologia pode variar de serviço de mensagens breves (SMS) de baixo custo a dados que exigem smartphones mais caros]. Ao considerar a CBS, os países devem observar que o sistema de vigilância pode ser mais custo-efetivo se usado para várias doenças em vez de uma única doença.

É fundamental equilibrar as necessidades do programa para aumentar a sensibilidade da vigilância de PFA com os fundos e recursos disponíveis, **tornando a modalidade CBS de baixa intensidade preferida**, se viável no contexto dado. Em algumas situações, principalmente em áreas de difícil acesso e de alto risco, a modalidade de alta intensidade de recursos pode ser a única opção viável para atingir o objetivo essencial de erradicação.

Em algumas áreas e regiões, as modalidades de CBS para a poliomielite são chamadas de CBS formal ou informal, com base na seguinte descrição:

- A **CBS formal** tem uma alta intensidade de recursos com incentivos, supervisão próxima e ferramentas de telecomunicações [por exemplo, detecção e notificação autovisuais de PFA (AVADAR)]. Geralmente funciona independentemente da vigilância baseada nas unidades com informantes diretamente ligados aos agentes de vigilância.
- A **CBS informal** tem uma modalidade de baixa intensidade de recursos com voluntários sensibilizados anualmente que recebem incentivos mínimos para notificar casos verdadeiros de PFA confirmados. Os informantes geralmente estão ligados a pontos focais nas unidades de saúde próximas, de modo que a CBS informal geralmente trabalha mais de perto com a vigilância baseada nas unidades.

Avaliação das necessidades para CBS

Uma avaliação das necessidades deve ser realizada para determinar se a CBS será uma estratégia eficiente para melhorar a sensibilidade da vigilância de PFA e, se aplicável, decidir sobre o tipo ou modalidade.

Antes de avançar com a implementação da CBS, uma avaliação das necessidades deve ser realizada e outras possíveis opções de fortalecimento da vigilância devem ser exploradas primeiro.

A avaliação de necessidades é uma análise situacional que explora as seguintes questões:

- Até que ponto o atual sistema de vigilância de PFA cobre ou alcança populações especiais ou áreas de difícil acesso?
- Quais são os problemas reais por trás das lacunas de vigilância? Seria acesso, utilização ou aceitabilidade?
- A vinculação de informantes a unidades de saúde existentes seria uma opção? Ou seria impossível ou inaceitável notificar por meio das unidades de saúde?
- Qual é o comportamento de busca de saúde das comunidades e quais são os fatores que influenciam [por exemplo, gênero, etnia, populações deslocadas internamente (IDPs) ou refugiados, local de residência, etc.]?
- Quem são os principais notificadores de casos de PFA nas comunidades, e eles estão incluídos na rede de vigilância ativa?
- Quais recursos da área geográfica devem ser consultados, tais como estabelecimentos e prestadores de saúde (públicos e privados), agências humanitárias (ONU, etc.) ou organizações não governamentais (ONGs)? Existem atividades CBS atualmente em operação (por exemplo, para outras doenças)?
- Quais provedores de saúde e redes comunitárias existentes – particularmente grupos de mulheres, redes profissionais e políticas comunitárias e organizações de base – poderiam ser envolvidos?

Processo para estabelecimento da CBS

Se a conclusão da avaliação de necessidades for que a CBS é a estratégia mais efetiva para melhorar a sensibilidade da vigilância de PFA e nenhuma outra estratégia de vigilância pode ser aplicada a uma população ou área específica, o processo de estabelecimento da CBS deve decidir sobre a modalidade e seguir o processo abaixo.

1. **Sensibilização:** identificar, sensibilizar e orientar os principais atores da comunidade (líderes locais e religiosos, curandeiros tradicionais, líderes femininas) de modo a envolver e obter seu apoio para a liderança da CBS.
2. **Seleção:** selecionar voluntários da comunidade em conjunto com líderes comunitários com base em determinados critérios. Selecionar voluntários que tenham um bom caráter, que sejam dotados da confiança e aceitação da comunidade e que conheçam a área, residam na comunidade e falem o idioma/dialeto local, bem como que representem um nível de educação, idade e gênero adequados à cultura e às normas da comunidade.
3. **Apoio:** identificar barreiras e dificuldades relacionadas ao gênero que a comunidade e/ou informantes possam enfrentar e desenvolver o apoio necessário para resolvê-las. Por exemplo, avaliar o acesso de um informante a informações, nível de alfabetização ou formação, poder de tomada de decisão ou restrição de mobilidade/transporte/dinheiro. Questões relacionadas à segurança e proteção também devem ser abordadas, bem como a aceitabilidade de ferramentas, equipamentos e mobilidade, principalmente para informantes do sexo feminino.

4. **Capacitação:** Treinar voluntários da comunidade usando materiais educacionais concisos, uma definição simplificada de caso de PFA, um registro de casos suspeitos de PFA e as políticas de notificação, coleta de fezes e procedimentos de manuseio e funções e responsabilidades claras. Fornecer materiais para apoiar as tarefas, tais como auxílios visuais de trabalho, formulários de investigação de casos (CIFs), ferramentas para registro de informações, dados de contato do ponto focal e kits de coleta de fezes.

5. **Atividades:** Os voluntários da comunidade irão:

- procurar ativamente casos suspeitos de PFA na comunidade por meio de boatos, visitas domiciliares regulares (ou seja, visitas quinzenais) e visitas mais frequentes a curandeiros e líderes religiosos (ou seja, visitas semanais);
- manter registros da situação vacinal e dados demográficos básicos das famílias e crianças; e
- comunicar imediatamente um caso suspeito de PFA ao ponto focal designado da CBS e/ou ao agente de vigilância. O agente de vigilância fará o acompanhamento para confirmar se o caso suspeito de PFA atende à definição de caso de PFA, iniciará a investigação e a coleta de amostras e notificará a autoridade de saúde distrital.

6. **Supervisão de apoio:** Estabelecer uma estrutura de supervisão que apoie os voluntários da comunidade realizando visitas regulares de supervisão e fornecendo feedback aos voluntários e realizando treinamentos periódicos de atualização para garantir que os voluntários mantenham seus conhecimentos e habilidades.

Antes de iniciar a CBS em áreas de difícil acesso, devem ser feitos planos com antecedência para apoiar:

- o armazenamento ou transporte de amostras de fezes para uma unidade de saúde designada ou pessoa focal da poliomielite;
- provisões para que o caso “suspeito” seja transferido para a unidade de saúde ou pessoa focal da poliomielite;
- atividades e treinamentos de supervisão remota; e
- aviso ao laboratório para informar sobre um possível aumento da carga de trabalho.

Indicadores não principais e principais

Além dos indicadores não principais da CBS (**Tabela D1**), também devem ser monitorados os indicadores principais de oportunidade da notificação, investigação de PFA e atividades de campo relacionadas (**Anexo E, Tabela E2**).

Tabela D1. Indicadores não principais da vigilância baseada na comunidade

Indicador	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Proporção de casos de PFA notificados pela CBS*	$\frac{\text{Nº de casos de PFA (aqueles na lista) identificados pelo informante da comunidade}}{\text{Nº de casos de PFA na lista de linha}}$	A ser identificado pelo nível do país*
Completeness do relatório zero semanal/mensal (WZR/MZR)	$\frac{\text{Nº de relatórios recebidos de informantes da comunidade}}{\text{Nº de relatórios esperados de informantes da comunidade}}$	$\geq 80\%$
Oportunidade de WZR/MZR	$\frac{\text{Nº de relatórios recebidos oportunamente de informantes da comunidade}}{\text{Nº de relatórios esperados de informantes da comunidade}}$	$\geq 80\%$
Proporção de informantes do sexo feminino	$\frac{\text{Nº de informantes do sexo feminino}}{\text{Informação}}$	$\geq 50\% - 80\%^*$
Proporção de informantes da área local	$\frac{\text{Nº de informantes locais}}{\text{Informação}}$	$> 80\%$
Supervisão de informantes ^{†‡}	$\frac{\text{Nº de informantes que receberam pelo menos uma visita de supervisão nos últimos 3 meses}}{\text{Nº de número de informantes}}$	$\geq 80\%$
Treinamento de informantes ^{‡, §}	$\frac{\text{Nº de informantes com treinamento no último ano}}{\text{Nº de informantes}}$	$\geq 80\%$
Taxa de rotatividade de informantes ^{‡, §, ¶}	$\frac{\text{Nº de informantes que saíram no ano anterior}}{\text{Informação}}$	A ser identificado pelo nível do país

PFA = paralisia flácida aguda; CBS = vigilância baseada na comunidade; MZR = relatório mensal zero; WZR = relatório zero semanal

* Meta a ser ajustada em nível de país; países prioritários para analisar regularmente.

* Meta a ser ajustada em nível de país; os países prioritários devem analisar regularmente.

† A ser analisado trimestralmente; os países prioritários devem analisar regularmente. Sugestão para estratificação dos resultados por supervisor.

‡ Os resultados devem ser estratificados por sexo.

§ A ser analisado anualmente; os países prioritários devem analisar regularmente.

¶ A taxa de rotatividade do informante é um sinalizador; a meta deve ser definida em nível de país.

ANEXO E. INDICADORES

Os **indicadores destacados em negrito** são monitorados em nível nacional, regional e global; os indicadores que não estão em negrito são monitorados apenas em nível regional e/ou nacional.

Indicadores principais de oportunidade

Os indicadores principais de oportunidade foram identificados para capturar a capacidade geral do programa em identificar rapidamente qualquer poliovírus selvagem (WPV) ou poliovírus derivado da vacina (VDPV). Essa capacidade foi definida como: (1) a capacidade do programa de notificar rapidamente um caso positivo de paralisia flácida aguda (PFA) ou amostra de vigilância ambiental (VA) para que uma resposta possa ser montada rapidamente; e (2) a capacidade de processar rapidamente qualquer amostra positiva (**Tabela E1**). Indicadores adicionais destacam a capacidade do programa de relatar rapidamente quaisquer resultados laboratoriais, independentemente do resultado final.

Tabela E1. Indicadores gerais de oportunidade

Indicador		Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Detecção geral de WPV/VDPV	Para PFA (1)	$\frac{\text{Nº de casos de PFA* com resultados laboratoriais finais de WPV/VDPV} \leq 35 \text{ dias após o início}}{\text{Nº de casos de PFA* com resultados laboratoriais finais de WPV/VDPV}}$	>=80%
	Para VA (1)	$\frac{\text{Nº de amostras de VA com resultados laboratoriais finais de WPV/VDPV} \leq 35 \text{ dias após a coleta}}{\text{Nº de amostras de VA com resultados laboratoriais finais de WPV/VDPV}}$	>=80%
	Capacidade do sistema (2) [†]	$\frac{\text{Nº de WPVs e VDPVs com resultados laboratoriais finais} \leq 35 \text{ dias após o início para casos de PFA ou data de coleta para amostras de VA}}{\text{Nº de WPVs e VDPVs}}$	>=80%
Detecção de PFA - sistema		$\frac{\text{Nº de casos de PFA* com resultados laboratoriais finais} \leq 35 \text{ dias após o início}}{\text{Nº de casos de PFA*}}$	>=80%
Detecção VA - sistema		$\frac{\text{Nº de amostras de VA com resultados laboratoriais finais} \leq 35 \text{ dias após a coleta}}{\text{Nº de amostras VA}}$	>=80%

PFA = paralisia flácida aguda; VA = vigilância ambiental; VDPV = poliovírus derivado da vacina; WPV = poliovírus selvagem

*Resultados agregados: todos os resultados laboratoriais (PFA + contatos) usados para classificar o caso de PFA como confirmado/descartado

[†]Cálculo baseado em amostra

Tabela E2. Indicadores de oportunidade para atividades de campo

Indicador	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Oportunidade da notificação	$\frac{\text{Nº de casos de PFA relatados} \leq 7 \text{ dias após o início}}{\text{Nº de casos de PFA}}$	>=80%
Oportunidade da investigação	$\frac{\text{Nº de casos de PFA investigados} \leq 48 \text{ horas de notificação}}{\text{Nº de casos de PFA}}$	>=80%

Indicador	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Oportunidade das atividades de campo	$\frac{\text{Nº de casos de PFA com 2 amostras de fezes coletadas } \geq 24 \text{ horas de intervalo E } \leq 11 \text{ dias após o início}}{\text{Nº de casos de PFA}}$	$\geq 80\%$
Oportunidade das atividades de campo e de remessa	$\frac{\text{Nº de casos de PFA com 2 amostras de fezes coletadas } \geq 24 \text{ horas de intervalo E recebidas em boas condições* em um laboratório credenciado pela OMS E } \leq 14 \text{ dias após o início}}{\text{Nº de casos de PFA notificados}}$	$\geq 80\%$
Oportunidade da remessa de amostras de fezes	$\frac{\text{Nº de amostras de fezes que chegam em boas condições* a um laboratório credenciado pela OMS E } \leq 3 \text{ dias após a coleta das amostras}}{\text{Nº de amostras de fezes coletadas}}$	$\geq 80\%$
Oportunidade da remessa da amostra de VA	$\frac{\text{Nº de amostras de esgoto que chegam a um laboratório credenciado pela OMS } \leq 3 \text{ dias após a coleta da amostra}}{\text{Nº de amostras de esgoto coletadas}}$	$\geq 80\%$

PFA = paralisia flácida aguda; VA = vigilância ambiental; OMS = Organização Mundial da Saúde

*Para cálculos: condição das fezes ausente = más condições

Tabela E3. Indicadores de oportunidade para atividades laboratoriais

Indicador	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
PFA: Oportunidade na notificação dos resultados laboratoriais (desempenho do sistema)	$\frac{\text{Nº de amostras de fezes com resultados laboratoriais finais disponíveis } \leq 21 \text{ dias de um país DD OU } \leq 28 \text{ dias de um país não DD de recebimento em um laboratório credenciado pela OMS}}{\text{Nº de amostras de fezes coletadas}}$	$\geq 80\%$
PFA: Oportunidade na notificação dos resultados de WPV/VDPV (detecção)	$\frac{\text{Nº de amostras de fezes com resultados laboratoriais finais de WPV/VDPV disponíveis } \leq 21 \text{ dias após o recebimento de um país DD OU } \leq 28 \text{ dias após o recebimento de um país não DD em um laboratório credenciado pela OMS}}{\text{Nº de amostras de fezes coletadas positivas para WPV/VDPV}}$	$\geq 80\%$
PFA: Oportunidade na notificação dos resultados laboratoriais de PV	$\frac{\text{Nº de amostras de fezes de PV com resultados de sequenciamento disponíveis } \leq 7 \text{ dias após o recebimento em um laboratório de sequenciamento credenciado pela OMS}}{\text{Nº de amostras de fezes PV positivas por ITD que exigem sequenciamento}}$	$\geq 80\%$
VA: Oportunidade na notificação dos resultados laboratoriais	$\frac{\text{Nº de amostras de VA com resultados laboratoriais finais disponíveis } \leq 32 \text{ dias após o recebimento em um laboratório de sequenciamento credenciado pela OMS}}{\text{Nº de amostras de VA coletadas com resultados laboratoriais finais}}$	$\geq 80\%$
VA: Oportunidade na notificação dos resultados laboratoriais de PV	$\frac{\text{Nº de Amostras PV de VA com resultados de sequenciamento disponíveis } \leq 7 \text{ dias após o recebimento em um laboratório de sequenciamento credenciado pela OMS}}{\text{Nº de amostras PV de VA positivas por ITD que exigem sequenciamento}}$	$\geq 80\%$

PFA = paralisia flácida aguda; DD = detecção direta; VA = vigilância ambiental; ITD = diferenciação intratípica; PV = poliovírus; VDPV = poliovírus derivado da vacina; OMS = Organização Mundial da Saúde; WPV = poliovírus selvagem

Indicadores principais da qualidade da vigilância

Tabela E4. Indicadores principais da qualidade da vigilância de PFA

Indicador	Cálculo	Meta
Taxa de PFANP*	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos descartados como PFANP em crianças } <15 \text{ anos de idade}}{\text{N}^\circ \text{ de crianças } <15 \text{ anos de idade}} \times 100.000 \text{ por ano}$ Observação: Os países endêmicos são encorajados a ter ≥ 3	AFR, EMR, SEAR: ≥ 2 AMR, EUR, WPR: ≥ 1 Afetado por surto†: ≥ 2
Taxa de PFANP - subnacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de distritos com } \geq 100.000 \text{ crianças } <15 \text{ anos que cumprem a meta de taxa de PFANP}}{\text{N}^\circ \text{ de distritos com } \geq 100.000 \text{ crianças } <15 \text{ anos}} \times 100$ Observação: Necessidade de atingir ≥ 3 por 100.000 em todos os distritos de alto risco dentro de um país com surto	AFR, EMR: $\geq 80\%$ SEAR: $\geq 50\%$ AMR, EUR, WPR: NA Distritos afetados por surto*: 100%
Adequação das fezes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA com 2 amostras de fezes coletadas } \geq 24 \text{ horas de intervalo E } \leq 14 \text{ dias após o início E recebidas em boas condições}^\dagger \text{ em um laboratório credenciado pela OMS}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA}} \times 100$ Notas: Indicador de certificação (14 dias)	$\geq 80\%$
Adequação das fezes - subnacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de distritos que notificaram } \geq 5 \text{ casos de PFA que cumprem a meta de adequação das fezes}}{\text{N}^\circ \text{ de distritos que notificaram } \geq 5 \text{ casos de PFA}} \times 100$	$\geq 80\%$
Oportunidade das fezes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA com 2 amostras de fezes coletadas } \geq 24 \text{ horas de intervalo, E } \leq 14 \text{ dias após o início}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA notificados}} \times 100$ Observação: Indicador de certificação (14 dias após o início)	$\geq 80\%$
Condição das fezes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA com duas amostras de fezes que chegam em boas condições}^\dagger \text{ a um laboratório credenciado pela OMS}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA notificados}}$	$\geq 80\%$
Índice composto – nacional	$\frac{\text{População que vive em distritos que cumprem a meta de taxa de PFANP e a meta de adequação das fezes}}{\text{População residente em todos os distritos (Admin2)}}$	$\geq 80\%$
Índice composto - subnacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de distritos com } \geq 100.000 \text{ crianças } <15 \text{ anos que cumprem a meta de taxa de PFANP e a meta de adequação de fezes}}{\text{N}^\circ \text{ de distritos com } \geq 100.000 \text{ crianças } < 15 \text{ anos}}$	$\geq 80\%$
Adequação das visitas de vigilância ativa† (2 cálculos)	1. N° de visitas realizadas aos locais de AP / N° de visitas planejadas ao local de AP N° de locais de AP visitados / N° total de locais de AP	1. $\geq 80\%$ 2. 100%

Indicador	Cálculo	Meta
Completude de acompanhamentos de 60 dias	$\frac{\text{Nº de casos de PFA inadequados com um exame de acompanhamento para paralisia residual concluído } \geq 60 \text{ dias E } \leq 90 \text{ dias após o início}}{\text{Nº de casos de PFA inadequados}}$	$\geq 80\%$
Completude do relatório zero semanal (WZR)	$\frac{\text{Nº de locais que notificam}}{\text{Nº de locais de notificação designados para vigilância de PFA}}$	$\geq 80\%$
Oportunidade de WZR	$\frac{\text{Nº de locais que informam dentro do prazo}}{\text{Nº de locais de notificação designados para vigilância de PFA}}$	$\geq 80\%$

PFA = paralisia flácida aguda; AFR = Região Africana; AMR = Região Americana; EMR = Região do Mediterrâneo Oriental; EUR = Região Europeia; NA = não aplicável; PFANP = paralisia flácida aguda não poliomielite; OB = surto; SEAR = Região do Sudeste Asiático; OMS = Organização Mundial da Saúde; WPR = Região do Pacífico Ocidental

*A taxa deve ser anualizada.

†País afetado por surto é definido como: qualquer país que esteja passando por um surto de WPV/cVDPV atualmente ou nos 12 meses anteriores.

‡Para cálculo: condição das fezes ausente = más condições

PFA = paralisia flácida aguda; AP = alta prioridade; PFANP = paralisia flácida aguda não poliomielite; WZR = relatório zero semanal

¶Para cálculo: condição das fezes ausente = más condições

†(a) Locais de alta prioridade são aqueles estabelecimentos em que há alta probabilidade de se ver um caso de PFA; devem ser visitados pelo menos semanalmente e às vezes com mais frequência, (b) Indicador de combinação em que “todos os locais de AP têm ≥ 1 visita por mês” para ser usado como sinalizador, (c) Calculado por mês

Tabela E5. Indicadores principais da qualidade da VA

Indicador*	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Taxa de detecção de EV	$\frac{\text{Nº de amostras em que o EV foi detectado}}{\text{Nº de amostras}}$	$\geq 50\%$
Amostra de VA coletada no cronograma	$\frac{\text{Nº de meses com } \geq 1 \text{ amostra coletada}}{\text{Nº de meses com } \geq 1 \text{ amostra programada para ser coletada}}$	$\geq 80\%$
Amostra de VA coletada no cronograma (semana)	$\frac{\text{Nº de amostras são coletadas na semana designada}}{\text{Nº de amostras coletadas}}$	$\geq 80\%$
Amostra de VA coletada no horário programado (hora)	$\frac{\text{Nº de amostras que são coletadas no horário recomendado do dia}}{\text{Nº de amostra coletada}}$	$\geq 80\%$
Condição da amostra de VA	$\frac{\text{Nº de amostras que chegam ao laboratório em boas condições}^\dagger}{\text{Nº de amostra que chegou ao laboratório}}$	$\geq 80\%$

VA = vigilância ambiental; EV = enterovírus

*Semelhante a outros indicadores, calculado com base em 12 meses. Todos os indicadores são específicos do local

†Para cálculo: condição das fezes ausente = más condições.

Indicadores não principais

Tabela E6. Indicadores não principais da vigilância de PFA*†

Indicador	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Casos de PFA não notificados encontrados durante a vigilância ativa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA não notificados encontrados no registro durante visitas de vigilância ativa}}{\text{mês}}$	Nenhuma
Porcentagem de visitas supervisionadas de vigilância ativa‡	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas de vigilância ativa supervisionadas por mês}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas de vigilância ativa realizadas por mês}}$	$\geq 25\%$
Número de visitas de supervisão em locais de alta prioridade	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de locais de AP com } \geq 1 \text{ visita supervisionada nos últimos 6 meses}}{\text{N}^\circ \text{ de locais de AP}}$	100%
Validação de campo de caso PFA Observação: ao contrário de uma validação clínica; seria feito por um supervisor ou superior à pessoa que relatou o caso	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA validados } \leq 14 \text{ dias de investigação}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA}}$	$\geq 30\%$
Completude da amostragem de contato de PFA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA inadequados com amostragem de contato}^\S}{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA inadequados}}$	$\geq 80\%$
Oportunidade da amostragem de contato PFA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de amostras de fezes de contato de casos inadequados coletadas } \leq 7 \text{ dias de investigação}}{\text{N}^\circ \text{ de amostras de fezes de contato de casos inadequados}}$	$\geq 80\%$

PFA = paralisia flácida aguda; AP = alta prioridade

* Nos países prioritários (risco muito alto, risco alto e risco médio-alto), os indicadores devem ser analisados mensalmente.

† Nos países não prioritários, os indicadores devem ser analisados trimestralmente e incluídos nas análises documentais.

‡ Calculado por local prioritário, por geografia e por trimestre.

§ 2 ou 3 amostras de contato por caso de PFA inadequado, conforme recomendação regional.

Tabela E7. Indicadores não principais de comportamentos de busca de saúde**

Indicador	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Encontros de casos de PFA†	$\frac{\text{Nº de casos de PFA com } \leq 2 \text{ encontros de saúde entre o início e a notificação}}{\text{Nº de casos de PFA}}$	$\geq 80\%$
Adequação da notificação por designação	$\frac{\text{Nº de 1ºs atendimentos de saúde que levaram a uma notificação, por designação [fonte de notificação]§}}{\text{Nº de encontros de saúde com essa mesma designação}}$	$\geq 80\%$
Adequação da rede de vigilância	$\frac{\text{Nº de casos de PFA com primeiros encontros de saúde com um local de notificação dentro da rede vigilância de PFA}}{\text{Nº de casos de PFA}}$	$\geq 80\%$
Casos de PFA notificados tardiamente: Completude das informações do encontro de saúde	$\frac{\text{Entre os casos de PFA notificados } > 14 \text{ dias após o início da paralisia:}}{\text{Nº de casos de PFA notificados } > 14 \text{ dias após o início da paralisia}} \frac{\text{Nº de casos de PFA sem informações sobre encontros de saúde}}{\text{Nº de casos de PFA notificados } > 14 \text{ dias após o início da paralisia}}$	$\geq 80\%$

* Nos países prioritários (risco muito alto, risco alto, risco médio-alto), os indicadores devem ser analisados mensalmente.

† Nos países não prioritários, os indicadores devem ser analisados trimestralmente e incluídos nas análises documentais.

‡ Os resultados devem ser estratificados por sexo.

§ Essa é a “porcentagem de 1ºs atendimentos por designação (por exemplo, médico, enfermeiro, curandeiro, vacinador, outro) que levaram à notificação de um caso de PFA”.

Tabela E8. Indicadores não principais de vigilância baseada na comunidade

Indicador	Cálculo (expresso como porcentagem)	Meta
Proporção de casos de PFA notificados pela CBS	$\frac{\text{Nº de casos de PFA (aqueles na lista) identificados pelo informante da comunidade}}{\text{Nº de casos de PFA na lista de linha}}$	TBD
Completeness do relatório zero semanal/mensal (WZR/MZR)	$\frac{\text{Nº de relatórios recebidos de informantes da comunidade}}{\text{Nº de relatórios esperados de informantes da comunidade}}$	>=80%
Oportunidade de WZR/MZR	$\frac{\text{Nº de relatórios recebidos oportunamente de informantes da comunidade}}{\text{Nº de relatórios esperados de informantes da comunidade}}$	>=80%
Proporção de informantes do sexo feminino	$\frac{\text{Nº de informantes do sexo feminino}}{\text{Informação}}$	>=50%-80%*
Proporção de informantes da área local	$\frac{\text{Nº de informantes locais}}{\text{Nº de informantes}}$	>80%
Supervisão de informantes [‡]	$\frac{\text{Nº de informantes que receberam pelo menos uma visita de supervisão nos últimos 3 meses}}{\text{Nº de número de informantes}}$	>=80%
Treinamento de informantes ^{‡§}	$\frac{\text{Nº de informantes com treinamento no último ano}}{\text{Nº de informantes}}$	>=80%
Taxa de rotatividade de informantes ^{‡§¶}	$\frac{\text{Nº de informantes que saíram no ano anterior}}{\text{Nº de informantes}}$	TBD

PFA = paralisia flácida aguda; CBS = vigilância baseada na comunidade; MZR = relatório mensal zero; TBD = a ser determinado; WZR = relatório zero semanal

*Meta a ser ajustada em nível de país; países prioritários para analisar regularmente.

† A ser analisado trimestralmente; os países prioritários devem analisar regularmente. Sugestão para estratificação dos resultados por supervisor.

‡ Os resultados devem ser estratificados por sexo.

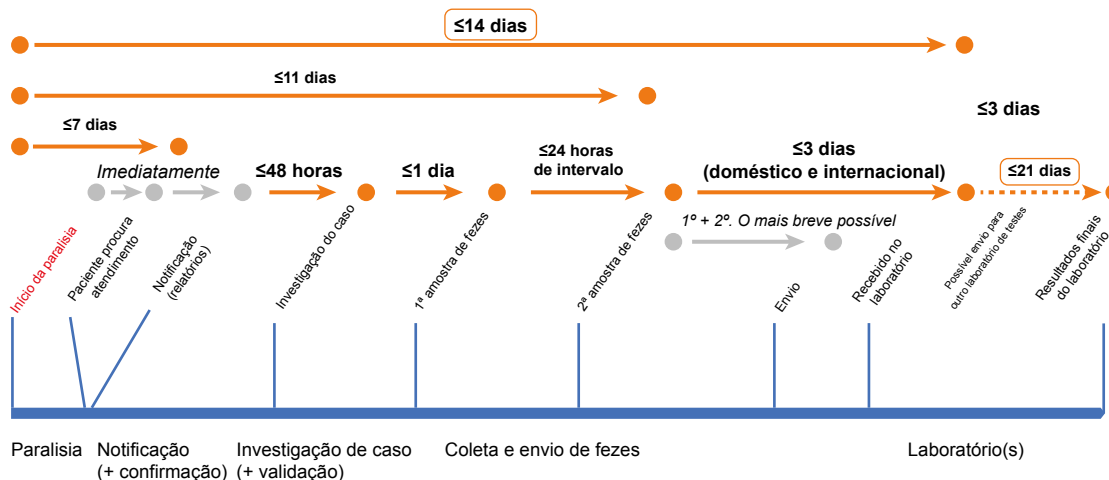
§ A ser analisado anualmente; os países prioritários devem analisar regularmente.

¶ A taxa de rotatividade de informantes é um sinalizador; a meta deve ser definida em nível de país.

ANEXO F. OPORTUNIDADE: SOBRE MANEIRAS DE REDUZIR ATRASOS

A Estratégia GPEI estabeleceu um cronograma direcionado para detecção e resposta, que o Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite (GPSAP) 2022–2024 elabora como uma janela de 35 dias para todos os estágios desde o início até o resultado laboratorial final (**Figura F1**).

Figura F1. Oportunidade da detecção (casos de PFA), 35 dias (início ao resultado laboratorial final)



PFA = paralisia flácida aguda
 Fonte= WHO.

Como atrasos na detecção podem ocorrer em qualquer estágio das atividades de campo, logística e laboratório, os países devem monitorar a oportunidade em cada estágio do processo, particularmente no nível subnacional e especialmente na coleta e transporte de amostras de fezes. Somente com uma visão clara dos atrasos podem ser adotadas ações rápidas para resolver os gargalos identificados. Além disso, é altamente recomendável antecipar problemas e identificar proativamente alternativas como parte da preparação.

A tabela abaixo destaca alguns desses atrasos, suas possíveis causas e as maneiras pelas quais o programa pode abordá-los (**Tabela F1**). Embora essa tabela se concentre em casos de paralisia flácida aguda (PFA), atrasos semelhantes, possíveis causas e soluções podem se aplicar a outras amostras humanas (por exemplo, de contatos de PFA e crianças saudáveis) e amostras de vigilância ambiental (VA).

Tabela F1. Possíveis atrasos na detecção, suas causas e medidas de mitigação

Estágio	Meta	Possíveis causas	Medidas de mitigação e possíveis soluções
Início da busca de atendimento	Casos de PFA relatados ≤ 7 dias após o início (Ideal: imediatamente)	Distância até a unidade/ pessoa mais próxima Desconfiança no sistema de saúde Custo do serviço Barreira de idioma Barreiras de gênero (incluindo ausência de enfermeira/ médica, ausência de autorização para viajar para a unidade de saúde)	Modificar as ferramentas de coleta de dados e analisar por dados desagregados: perfil social ou linguístico/grupo populacional em risco, sexo e comportamento de busca de saúde por meio de ferramentas de coleta e análise de dados modificadas Realizar mapeamento social periódico (seis meses) como parte da análise da rede de vigilância ativa para identificar lacunas na cobertura Com base nos achados, abordar todas as questões (por exemplo, clínicas móveis, profissionais de saúde do sexo feminino, consulta e sensibilização da comunidade)
Busca de atendimento para notificação	Casos de PFA notificados ≤ 7 dias após o início (O ideal é imediatamente)	Falta de conscientização e sensibilização dos profissionais de saúde	Realizar visitas de supervisão consistentes e de apoio às unidades de notificação Garantir treinamento e sensibilização de cada novo membro da equipe Fornecer materiais de informação, educação e comunicação (IEC): definição de caso, requisitos e via de notificação, informações de contato do agente de vigilância
Notificação para investigação	≤ 48 horas	Falta de treinamento Ausência de pessoa qualificada para realizar investigação Demora na localização do caso O caso é perdido no acompanhamento (ou seja, não é possível encontrar o caso) Prioridades concorrentes, cargas de trabalho desafiadoras	Garantir que os kits de investigação de caso (equipamentos, suprimentos e materiais) estejam prontamente disponíveis Promover responsabilidades claras e cargas de trabalho razoáveis (ou seja, deve haver um substituto disponível na ausência do agente de vigilância principal) Realizar treinamentos regulares para agentes de vigilância e reservas (por exemplo, outra equipe de saúde pública) em nível de campo
Investigação até a coleta de fezes 1	≤ 1 dia	Ausência de kit Incapacidade de localizar o caso (devido a alta hospitalar, viagem, etc.) Amostra de fezes inadequada ou falecimento do caso	Garantir que os kits de investigação de caso (equipamentos, suprimentos e materiais) estejam prontamente disponíveis Certifique-se de que as informações de contato e o endereço do caso estejam disponíveis Se a coleta de amostras de fezes precisar ser feita pelo cuidador, certifique-se de que seja feita adequadamente
Coleta de fezes 1 até a coleta de fezes 2	≥ 24 horas de intervalo	Amostra de fezes inadequada ou falecimento do caso. O caso não está mais no mesmo local (problemas de acompanhamento).	Fornecer instruções claras aos enfermeiros e cuidadores sobre a coleta da amostra de fezes. Fornecer instruções claras sobre amostragem de contatos no caso de amostras inadequadas

Estágio	Meta	Possíveis causas	Medidas de mitigação e possíveis soluções
Coleta de fezes 2 para remessa ao nível nacional	Fezes 1+2 chegada ao laboratório ≤ 3 dias após a coleta de fezes 2 (o ideal é que seja imediatamente)	Nenhuma ou má comunicação sobre quando as fezes 2 foram coletadas Má coordenação com os serviços de envio Questões relacionadas a rotas de transporte (por exemplo, lockdowns, fechamento de rotas) Lote de amostras	Rastreamento eletrônico piloto de amostras de fezes ²⁵ Planejar o transporte com antecedência, incluindo plano para contingências Obter permissão especial para transporte de amostras, se necessário Identificar rotas, transportadoras alternativas Aumentar a capacidade de armazenamento, identificar os pontos de armazenamento Não criar lotes de amostras Priorizar amostras para remessa em caso de suspeita de poliomielite (caso “quente”)
Remessa ao nível nacional até chegada ao nível nacional	Fezes 1+2 chegada ao laboratório ≤ 3 dias após a coleta de fezes 2	Planejamento ruim para transporte, remessa Insegurança ou fechamento de estradas Amostras mantidas em nível nacional até que um número seja coletado e enviado (envio de “lote”) Fechamento de fronteiras internacionais Suspensão de voos	Rastreamento eletrônico piloto de amostras de fezes Criar planos de contingência com rotas ou laboratórios alternativos Explorar e buscar soluções improvisadas em caso de conflitos ou insegurança (por exemplo, usar voos humanitários para transporte; enviar amostras para um laboratório alternativo credenciado pela OMS)
Chegada ao nível nacional até a remessa ao laboratório (inter)nacional	Fezes 1+2 chegada ao laboratório ≤ 3 dias após a coleta de fezes 2 (Ideal imediatamente)		
Remessa para o laboratório (inter)nacional até a chegada ao laboratório (inter)nacional	Fezes 1+2 chegada ao laboratório ≤ 3 dias após a coleta de fezes 2		
Chegada ao laboratório (inter)nacional para resultados finais (ou seja, resultados negativos ou resultados de sequenciamento para amostras positivas)	As fezes 1+2 são processadas seguindo os procedimentos GPLN padrão dentro dos períodos programados de tempo GPLN definidos para todos os procedimentos	Fechamento de fronteiras internacionais Problemas com o envio de isolados para o laboratório de sequenciamento Escassez de reagentes essenciais Ambiguidades nos resultados dos testes (por exemplo, números EPID incompatíveis ou ausentes, suspeita de contaminação cruzada). Recebimento de grandes lotes de amostras.	Garantir um estoque mínimo de buffer (consumíveis e reagentes essenciais) para uma carga de trabalho de um ano ao fazer pedidos para 2022 Garantir um contrato de remessa com várias transportadoras do país Desenvolver um plano alternativo de remessa doméstica e internacional com diferentes laboratórios de sequenciamento

PFA = paralisia flácida aguda

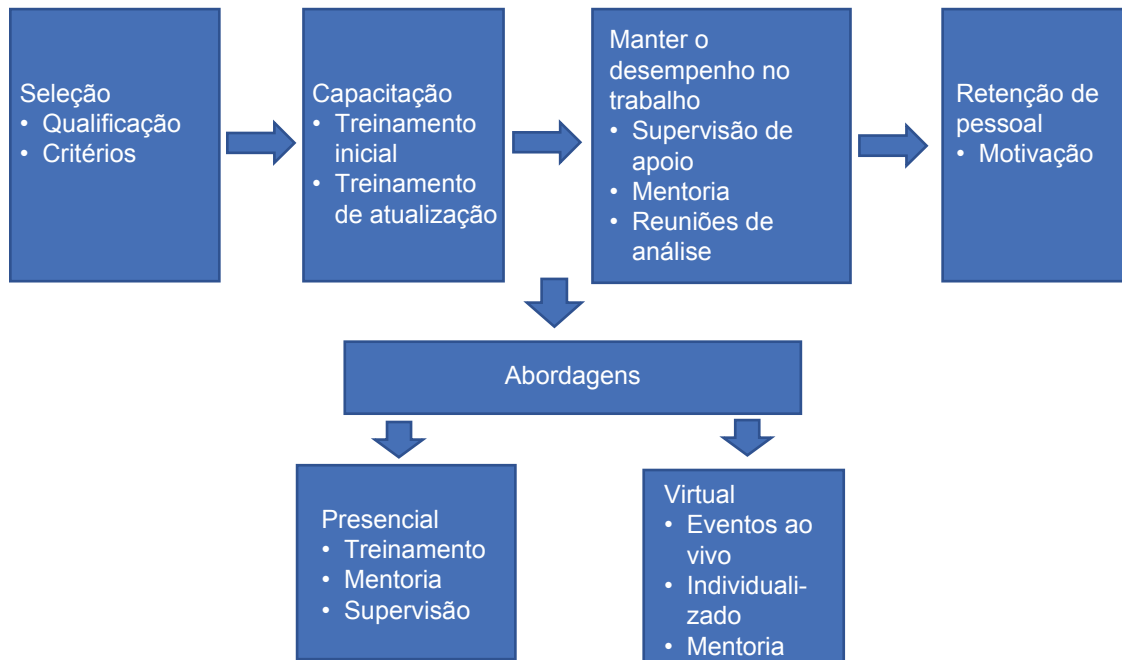
EPID = epidemiológico; GPLN = Rede Global de Laboratórios de Poliomielite; OMS = Organização Mundial da Saúde

²⁵ Para mais informações, consulte o Objetivo Cinco do GPSAP. Uma próxima nota de orientação também será desenvolvida pelo Grupo de Vigilância GPEI sobre rastreamento eletrônico de amostras.

ANEXO G. FACILITAÇÃO DE UMA FORÇA DE TRABALHO DE VIGILÂNCIA QUALIFICADA

Uma força de trabalho qualificada é essencial para um sistema de vigilância que funcione bem. Para facilitar uma força de trabalho qualificada, os gestores de vigilância devem ter como objetivo implementar um amplo espectro de atividades que ajudem a desenvolver e sustentar a capacidade humana (**Figura G1**), tomando nota das abordagens descritas abaixo.

Figura G1. Espectro de atividades para desenvolvimento e sustentação de uma força de trabalho qualificada

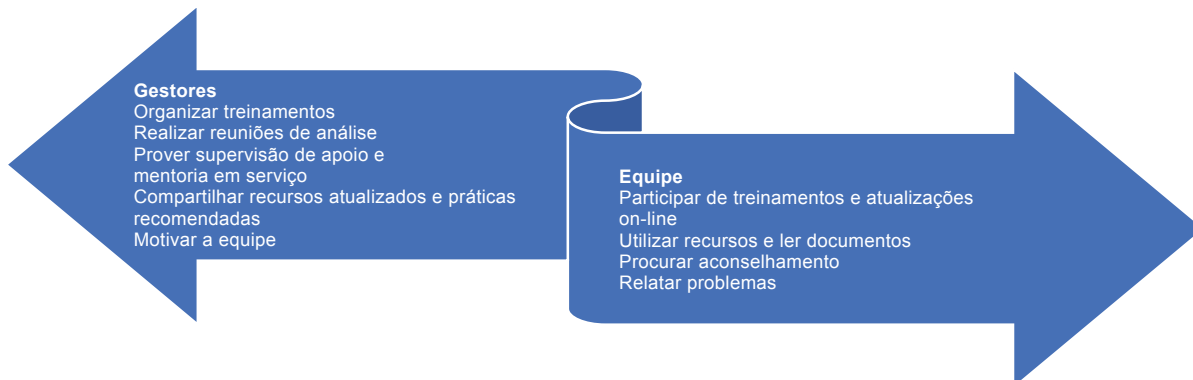


Fonte: OMS.

Seleção: a seleção de agentes de vigilância, supervisores e informantes de vigilância baseada na comunidade (CBS) deve ser baseada na capacidade do candidato de desempenhar a função e em seu potencial de desenvolvimento. O equilíbrio de gênero e a adequação às normas culturais e sociais devem ser priorizados e mantidos para todas as funções.

Capacitação: embora a capacitação seja uma função maior que representa uma responsabilidade compartilhada entre gestores e funcionários (**Figura G2**), ela está fundamentalmente enraizada no treinamento. Todo o pessoal de vigilância deve estar equipado com um treinamento inicial e com treinamentos formais avançados, ministrados presencial ou virtualmente, pelo menos de dois em dois anos e com treinamentos regulares de reciclagem, preferencialmente com certificados que mencionem um período de validade, tais como uma certificação anual.

Figura G2. Responsabilidades compartilhadas na capacitação



Fonte: OMS.

Manter o desempenho: os gestores devem acompanhar o treinamento e a capacitação para garantir que a equipe de campo seja apoiada em suas funções – para que suas habilidades sejam aplicadas e desenvolvidas.

- A mentoria individual ajuda a desenvolver a capacidade e a confiança da equipe de campo. Como parte de suas funções de orientação e monitoramento, os gestores devem realizar visitas regulares de vigilância ativa e investigações de casos com a equipe de campo, nas quais podem prover demonstrações em serviço e exemplos da vida real. Também devem ser oferecidas oportunidades de mentoria improvisada, com base nas necessidades.
- A supervisão de apoio deve seguir um plano predefinido, usando listas de verificação para o desempenho da equipe e outra documentação, incluindo feedback da equipe e acompanhamento de possíveis ações corretivas.

Os gestores devem realizar reuniões de análise – reuniões regulares de análise em grupo e análises pessoais individuais – para discutir o desempenho, fornecer atualizações e definir objetivos e metas.

Retenção de pessoal: a retenção da equipe é reforçada quando os gestores priorizam a supervisão de apoio, recompensam e reconhecem o bom desempenho, defendem a causa do desenvolvimento de carreira, adicionam contribuições motivacionais durante as reuniões (com foco na contribuição para o “panorama geral”) e envolvem celebridades e figuras conhecidas para elevar o nível de percepção do público sobre o programa.

O Grupo de Vigilância está finalizando as Orientações Globais para Paralisia Flácida Aguda (PFA) e Vigilância do Poliovírus e um pacote de treinamento relacionado à vigilância da poliomielite, que está sendo atualizado para refletir as prioridades, indicadores e metas da Estratégia GPEI. Esses recursos devem estar disponíveis até o primeiro trimestre de 2022. Espera-se que os escritórios regionais e os programas nacionais adaptem esse material ao contexto local. Para obter mais informações, entre em contato com o ponto focal regional de vigilância da poliomielite/VPD.

Tabela G1. Recursos de mão de obra qualificada

Área	Recurso
Locais relacionados à poliomielite	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações de vigilância da poliomielite, documentos de orientação, auxílios de trabalho, listas de verificação estão disponíveis no site da GPEI em Ferramentas, Protocolos e Orientações • Tópico de Saúde sobre Poliomielite no site da OMS • Cursos OpenWHO disponíveis em inglês e francês • E-cursos Agora do UNICEF sobre poliomielite e saúde pública
Habilidades genéricas básicas	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento em vídeo da Immunization Academy • A série 101 de Saúde Pública do CDC • Instituto de Segurança Laboratorial
E-learning e mentoria virtual	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologias de e-learning e boas práticas (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação) • Práticas recomendadas para mentoria virtual (Together Platform) • 7 lições aprendidas em 7 meses de mentoria remota (blog Towards Data Science) • Capacitação humana (A iniciativa 3 por 5 para HIV/AIDS)
Gênero	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento em Vigilância de Gênero e Poliomielite disponível em inglês e francês. Para consultar a disponibilidade, entre em contato com Corey.Peak@gatesfoundation.org. • Dimensão de gênero da vigilância da paralisia flácida aguda na Nigéria (International Journal of Gender & Women's Studies) • Integração de gênero para gestores de saúde: abordagem prática (OMS)

CDC = Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA; GPEI = Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; UNICEF = Fundo das Nações Unidas para a Infância; OMS = Organização Mundial da Saúde

ANEXO H. INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA DO POLIOVÍRUS

Por mais de 30 anos, a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI) apoiou financeiramente o programa de erradicação da poliomielite da OMS. Com o encerramento previsível da GPEI quando a erradicação for declarada, o financiamento da GPEI será interrompido. Isso representa um risco para a erradicação sustentável, pois muitos países dependem fortemente da infraestrutura da GPEI e se beneficiaram do apoio da GPEI para intervenções de saúde pública mais amplas.

Qual a diferença entre transição e integração?

“Integração” e “transição” são processos separados, mas inter-relacionados.

- A **transição da poliomielite** visa sustentar e, quando necessário, redirecionar a rede e a infraestrutura criadas para erradicar a poliomielite de modo a fortalecer as prioridades de saúde mais amplas, especialmente a imunização essencial, a detecção de doenças e a preparação e resposta a emergências. A transição é o processo de incorporação das funções apoiadas pela GPEI nos sistemas de saúde do país e a transferência do financiamento da GPEI para os governos dos países.²⁶
- A **integração da poliomielite** é definida pela Estratégia GPEI como “esforços conjuntos entre o programa de erradicação da poliomielite e uma série de parceiros com o objetivo de melhorar os resultados de imunização [e vigilância] em regiões específicas”.²⁷ A integração para a vigilância é buscada principalmente por meio de uma colaboração reforçada com outros programas.

Por que a integração é necessária?

- Espera-se que a transição ocorra em uma abordagem em fases. Essa abordagem em fases pode ocorrer por meio da integração, em que o apoio dos parceiros da GPEI ainda será necessário até que os governos e/ou outros parceiros estejam prontos para assumir o controle.
- A integração é um elemento essencial da nova Estratégia GPEI e um elemento integral da Agenda de Imunização 2030 (IA 2030), bem como do Plano Estratégico Gavi 5.0 (2021–2025) – cada um deles comprometido em trabalhar de forma sistemática e integrada para proteger as populações.²⁸ Os objetivos abrangentes englobados por essas estratégias não são apenas alcançar e sustentar a erradicação da poliomielite, mas também a aspiração mais ampla de alcançar as crianças subimunizadas e “dose zero” para reduzir a mortalidade e a morbidade por doenças imunopreveníveis (VPDs) ao longo do ciclo de vida.
- A pandemia de COVID-19, por um lado, teve um impacto negativo nas principais atividades de vigilância e imunização contra a poliomielite e outras VPDs e interrompeu temporariamente a transição da poliomielite. Por outro lado, os recursos para erradicação da poliomielite têm desempenhado um papel crucial no combate à pandemia por meio do uso de pessoal, estruturas, sistemas de informação e métodos de trabalho da poliomielite. Essa situação suscitou perspectivas e oportunidades sobre como fornecer serviços integrados usando abordagens rápidas e inovadoras. Para apoiar a resposta à pandemia ao mesmo tempo em que realiza as atividades da poliomielite e atividades mais amplas de imunização e vigilância, a GPEI e o Programa Ampliado de Imunização (PAI) aceleraram sua iniciativa de integração e lançaram um programa provisório de trabalho para ações integradas no

²⁶ A transição da poliomielite é guiada pelo Plano de Ação Estratégica para a Transição da Poliomielite (2018–2023). O último relatório sobre a transição da poliomielite está disponível em: Septuagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 10 de maio de 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (https://www.who.int/olio-transition/A72_10-en-2.pdf). O grupo de transição da poliomielite pode ser contatado em: polio-transition@who.int.

²⁷ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022–2026: Cumprimento de uma promessa. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345967/9789240031937-eng.pdf>).

²⁸ Agenda de Imunização 2030 Uma estratégia global para não deixar ninguém para trás (IA2030). Imunizações, Vacinas e Biológicos da OMS (IVB) Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>). Gavi, The Vaccine Alliance: Estratégia Fase V (2021–2025). Genebra: Gavi, the Vaccine Alliance; 2019 (<https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025>).

contexto da COVID-19 (iPOW).²⁹ O iPOW fornece orientação para sinergizar os esforços do PAI e de erradicação da poliomielite em áreas mutuamente benéficas. Com base nesse espírito de cooperação, planejamento conjunto e resposta a emergências, a erradicação da poliomielite pode ser alcançada em meio a prioridades de saúde concorrentes e em um contexto de recursos limitados.

Quais são os riscos relacionados à integração?

Existe o risco de que a qualidade e a sensibilidade geral da vigilância da poliomielite nos países prioritários sejam comprometidas devido a uma integração mal planejada ou mal implementada (ou seja, como resultado de recursos insuficientes ou inadequados, da difusão de responsabilidade ou da falta ou diluição da gestão e das estruturas de fiscalização).

Que parte da vigilância da poliomielite pode ser integrada?

As seguintes áreas técnicas de trabalho e funções de habilitação são adequadas para serem alinhadas e integradas com programas e departamentos que implementam a vigilância para VPDs propensas a epidemia. Com exceção dos países endêmicos, um amplo processo de integração está em andamento há muitos anos. Para apoiar a integração da vigilância em países endêmicos antes da erradicação e certificação, será imperativo ter uma avaliação básica do nível atual de integração do sistema de vigilância da poliomielite.

Tabela H1. Áreas de integração em potencial em todos os países prioritários

Área de trabalho	Atividades e processos para integração
Vigilância de PFA	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância ativa, CBS, supervisão, análises de vigilância, transporte de amostras
Vigilância de VA	<ul style="list-style-type: none"> Coleta, supervisão, transporte de amostras para poliomielite e outros patógenos
Vigilância laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> Integrar laboratórios nacionais de poliovírus com outras doenças virais ou infecciosas
Sistemas de informações	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de informações, ferramentas eletrônicas de coleta de dados, dados GIS, análise de dados e avaliação de risco
Gerenciamento e coordenação	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento estratégico integrado em nível nacional, regional e global Gestão técnica e operacional, incluindo gestão de pessoal e capacitação

PFA = paralisia flácida aguda; CBS = vigilância baseada na comunidade; VA = vigilância ambiental; GIS = sistema de informação geográfica

Como a integração deve ser melhor abordada?

A integração de sistemas de vigilância não pode adotar uma abordagem de “tamanho único”. Os sistemas de vigilância devem ser adaptados às necessidades do país, pois os países têm diferentes características demográficas e diferentes níveis de capacidade técnica, enfrentam diferentes desafios econômicos e geopolíticos e estão em diferentes estágios de transição epidemiológica. Esses fatores subjacentes são os aspectos fundamentais específicos do país que, somados ao risco específico da doença, determinam a capacidade de um país para enfrentar os desafios.

As principais ações para apoiar a integração bem-sucedida da vigilância incluem:

- internalizar o fato de que a estratégia de vigilância não é um empreendimento de tamanho único e garantir que as estratégias de vigilância sejam adaptadas ao contexto local;

²⁹ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Programa Interino de Trabalho para Ações Integradas no contexto da pandemia de COVID-19 para Erradicação da Poliomielite e Programa Essencial de Imunização. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>).

- fornecer apoio técnico, financeiro e outros em nível nacional aos países prioritários que tenham a maior lacuna de capacidade;
- foco na qualidade da vigilância e não na quantidade, pois o sucesso não é definido pelo número de VPDs visadas pelo sistema, mas pela qualidade e sensibilidade da vigilância para as VPDs de maior prioridade; e
- identificar uma meta ambiciosa de longo prazo enquanto se desenvolve um plano de ação de curto prazo claro e direcionado.

As etapas que podem ser adotadas para garantir que a integração funcione no país incluem:

- criar uma equipe unificada de vigilância e análise como um balcão único para todas as necessidades de vigilância e análise;
- desenvolver um plano operacional de vigilância harmonizado em nível nacional;
- desenvolver capacidades de recursos humanos direcionadas tanto em nível nacional como subnacional;
- harmonizar a orientação de campo e as ferramentas de coleta de dados; e
- harmonizar a infraestrutura de gerenciamento de dados e informações.

Próximas etapas

As regiões e países adotaram abordagens diferentes e estão em diferentes estágios de aprovação e implementação da integração e transição. No entanto, para que a integração seja bem-sucedida, o programa deve analisar e promover sistematicamente a integração em cada etapa dos processos de vigilância da poliomielite em nível nacional, regional e global, com foco nos países prioritários.

Para alcançar uma integração bem-sucedida, alguns países prioritários serão priorizados para implementação antecipada. A GPEI já deu passos e algumas atividades integradas são propostas neste GPSAP. O Grupo de Vigilância avançará ainda mais na integração trabalhando com outras partes interessadas que atuam na vigilância de VPDs propensas a epidemias para desenvolver em conjunto um roteiro que: defina claramente a visão da integração da vigilância nos países prioritários e aborde as etapas operacionais de integração nos países prioritários, enquanto assegura a coordenação em nível nacional, regional e global.

ANEXO I. VIGILÂNCIA DE GÊNERO E POLIOMIELITE

Se os papéis, normas e relações de gênero não forem adequadamente compreendidos, analisados e abordados, as intervenções de erradicação da poliomielite não serão tão efetivas em alcançar todas as crianças.

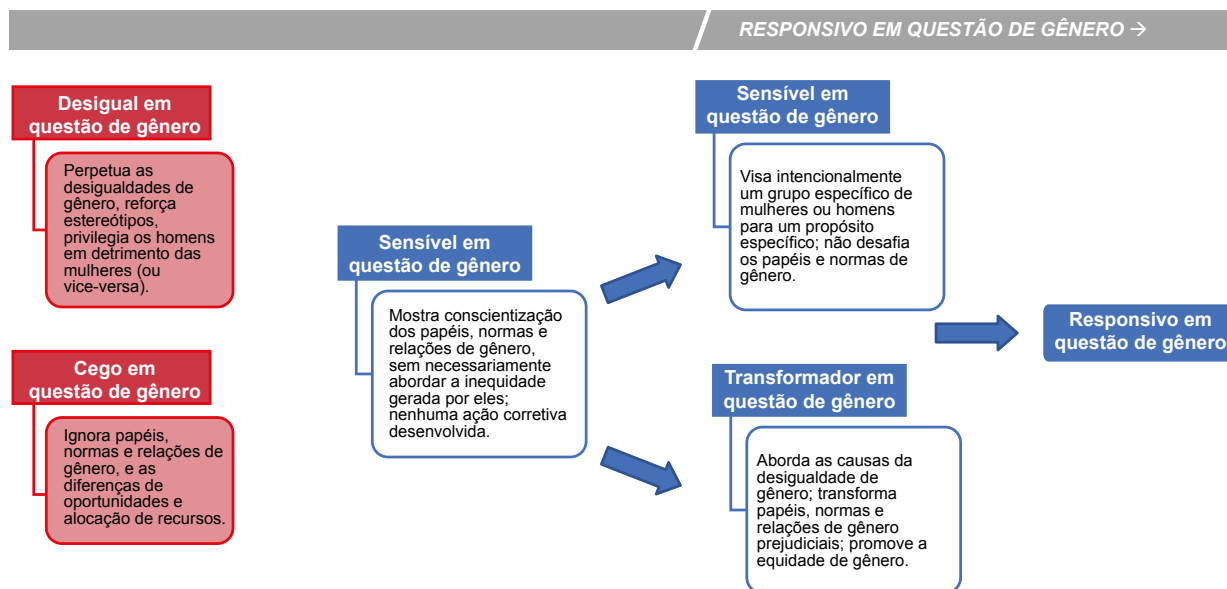
A GPEI publicou sua Estratégia de Equidade de Gênero 2019–2023 a fim de prover direção e escopo para o avanço da equidade e fortalecer a integração de gênero em todas as intervenções, estratégias e políticas. Para apoiar os parceiros da GPEI, os escritórios regionais e os programas nacionais para uma maior integração de gênero, são fornecidas abaixo definições úteis e uma escala de avaliação responsiva ao gênero (**Tabela I1** e **Figura I1**).

Tabela I1. Definições relacionadas ao gênero

Termo	Definição
Sexo	Normalmente atribuído ao nascimento e se refere às características biológicas que definem as pessoas como femininas, masculinas ou intersexuais.
Gênero	Refere-se aos papéis, normas e comportamentos socialmente construídos que uma determinada sociedade considera apropriados para os indivíduos com base no sexo que lhes foi atribuído no nascimento. O gênero também molda as relações entre e dentro de grupos de mulheres e homens.
Equidade de gênero	O processo de ser justo com mulheres e homens. Reconhece que homens e mulheres têm diferentes necessidades, poder e acesso a recursos, que devem ser identificados e abordados de forma a corrigir o desequilíbrio. Abordar a equidade de gênero leva à igualdade.
Equidade de gênero	Ausência de discriminação com base no sexo ou gênero de uma pessoa. Significa oferecer a mesma oportunidade a cada pessoa, incluindo acesso e controle de recursos sociais, econômicos e políticos, com proteção legal (como serviços de saúde, educação e direito de voto).
Integração de gênero	O processo de avaliação das implicações para mulheres, homens e pessoas com diversidade de gênero de qualquer ação planejada dentro de um sistema de saúde, incluindo legislação, políticas, programas ou prestação de serviços, em todas as áreas técnicas e em todos os níveis. É uma estratégia para tornar as preocupações e experiências de diversas mulheres e homens uma dimensão integral do projeto, implementação, monitoramento e avaliação de políticas e programas em todas as esferas para que se beneficiem igualmente e a inequidade não se perpetue. A integração de gênero não é um fim em si mesma, mas uma estratégia, uma abordagem e um meio para alcançar o objetivo da equidade de gênero.
Sensível ao gênero	Programas que mostram uma consciência dos papéis, normas e relações de gênero, mas não necessariamente abordam as desigualdades geradas por eles. Nenhuma ação corretiva é desenvolvida.
Responsivo ao gênero	Programas ou políticas em que as normas, papéis e desigualdades de gênero foram considerados, sendo adotadas medidas para enfrentá-los ativamente. Vão além da sensibilidade de gênero e incluem ações específicas de gênero e transformadoras de gênero.
Específico de gênero	Programas que visam intencionalmente um grupo específico de mulheres ou homens para um propósito específico, mas não desafiam os papéis e normas de gênero.
Transformador de gênero	Abordagens que tentam redefinir e mudar os papéis, normas, atitudes e práticas de gênero existentes. Essas intervenções abordam as causas profundas da desigualdade de gênero e remodelam as relações de poder desiguais.

*Definições do Anexo sobre Gênero do IA2030 (publicação em breve) e do Manual de Integração de Gênero da OMS para gestores de saúde e perguntas e respostas da OMS: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1 e <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>.

Figura I1. Escala de avaliação responsiva ao gênero



Fonte: Adaptado da Escala de Avaliação Responsiva ao Gênero da OMS: Critérios de avaliação de programas e políticas. Integração de gênero para gestores de saúde: uma abordagem prática. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064_eng.pdf).

Atrasos na detecção relacionados ao gênero

Em qualquer contexto e especialmente em áreas de alto risco e com populações especiais, o sistema de vigilância da poliomielite deve ser capaz de identificar os estágios em que as normas, funções e relações de gênero, bem como as inequidades de gênero existentes, possam afetar a detecção e a notificação de casos (**Tabela I2**).

Para minimizar o risco de atrasos na detecção relacionados ao gênero:

- Os programas são incentivados a coletar e analisar dados desagregados por sexo de forma sistemática, inclusive por meio de formulários adaptados de investigação de casos (CIFs) e ferramentas analíticas, e identificar estágios com atrasos consistentes e recorrentes (por um período de 12 a 24 meses) na detecção, notificação e investigação que podem estar ligadas a barreiras de gênero.
- Quando observado, os agentes de vigilância e/ou gestores de programa devem realizar avaliações aprofundadas com o apoio da gestão e de especialistas em gênero e cogitar possíveis ações localmente que sejam aceitáveis para resolver as lacunas (ver **Tabela I2**).

Ao considerar ações para orientar e apoiar as intervenções de vigilância, sempre:

- colaborar e alcançar grupos de mulheres, comitês de saúde da mulher, redes de base e outras organizações com uma forte compreensão e influência sobre comportamentos de busca de saúde, barreiras relacionadas a gênero e questões de saúde infantil;
- consultar autoridades comunitárias, líderes religiosos, influenciadores de opinião e pessoas mais idosas, incluindo mulheres, para sensibilizar e negociar o acesso a mulheres ou famílias e aumentar a participação das mulheres;
- sensibilizar e promover a participação igualitária de pais e homens nos cuidados com as crianças, cuidados de saúde e responsabilidades e tarefas domésticas; e
- garantir que os canais de comunicação, ferramentas, materiais e mensagens sejam específicos ao contexto, orientados pela análise de gênero e livres de estereótipos de gênero prejudiciais.

Tabela I2. Exemplos de barreiras relacionadas ao gênero na detecção e resposta da vigilância

Estágios	Possíveis problemas e suas causas	Possíveis ações
Início da paralisia até busca de atendimento	<p>Não procurar atendimento ou demora na busca de atendimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • as mulheres cuidadoras não têm poder de decisão e/ou enfrentam desafios ou restrições de mobilidade (falta de transporte, dinheiro, tempo, múltiplas tarefas domésticas, necessidade de autorização para se deslocar à unidade de saúde e/ou de acompanhante/companheiro de viagem) • baixa conscientização e taxa de alfabetização das mulheres cuidadoras e falta de acesso a informações de saúde em formatos adequados • atitude discriminatória no comportamento de busca de saúde em relação a pacientes do sexo feminino (por exemplo, acesso dos meninos a atendimento de saúde priorizado / atrasos na busca de atendimento para as meninas, má qualidade dos serviços dos profissionais de saúde para as mulheres) • ausência de profissionais de saúde locais do sexo feminino 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar análise/avaliação de gênero para identificar barreiras de gênero específicas para o contexto/lugar • Defender a causa junto às autoridades locais • Sensibilizar a comunidade e envolver os homens em atividades de sensibilização e divulgação • Adaptar os serviços às necessidades das mulheres (adaptar os horários de funcionamento dos serviços de saúde, atividades de vigilância de extensão de serviços, etc.)
Notificação	<p>Atraso ou nenhuma notificação devido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conhecimento e oportunidades de treinamento insuficientes fornecidas para as mulheres cuidadoras • hierarquia médica sem responsividade quando uma profissional notifica um caso de PFA • visitas de vigilância ativa não realizadas regularmente e/ou adequadamente devido à falta de meios de transporte adequados e/ou acompanhantes masculinos • falta de mulheres como informantes da comunidade (por exemplo, na CBS) devido a normas e papéis de gênero existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a disponibilidade de treinamento para todos os funcionários • Envolver-se com profissionais femininas da linha de frente para identificar e abordar suas necessidades e dificuldades, esp. relacionadas à segurança (por exemplo, horário dos treinamentos, opções de transporte, localização) • Sensibilizar os profissionais de saúde locais (incluindo considerações de segurança/proteção) • Garantir a disponibilidade de transporte seguro e adequado para profissionais • Alcançar e colaborar com grupos de mulheres locais para encontrar soluções • Ajustar a composição da equipe da CBS
Investigação de casos e coleta de fezes	<p>Atraso na investigação e/ou coleta de fezes devido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oportunidades de treinamento insuficientes fornecidas para agentes femininas de vigilância • falta de agentes de vigilância do sexo feminino necessárias para entrar na casa do caso de PFA • incapacidade das cuidadoras de pernoitar em uma unidade de saúde quando o caso for hospitalizado • riscos de segurança e proteção enfrentados por profissionais do sexo feminino 	<ul style="list-style-type: none"> • O treinamento de profissionais de saúde/agentes de vigilância leva em consideração os desafios relacionados ao gênero e as barreiras à participação das mulheres (por exemplo, local, horário, transporte, acompanhante, se necessário) • Ajustar a composição da equipe de vigilância • Sensibilizar o sistema de saúde local e/ou a comunidade • Garantir a segurança das mulheres que trabalham na linha de frente

PFA = paralisia flácida aguda; CBS = vigilância baseada na comunidade

Gênero, ambiente de trabalho e cultura organizacional

Os gestores de vigilância da poliomielite devem garantir que uma lente de gênero também seja aplicada ao programa, tanto para promover a equidade de gênero quanto para abordar quaisquer barreiras relacionadas a gênero ou outros fatores que afetem a segurança e o desempenho de sua equipe, bem como seu avanço na carreira. Uma organização que não promove a equidade de gênero, nem responde às necessidades de mulheres e homens em suas políticas e programas, nem aumenta a participação significativa das mulheres em todos os níveis, não pode prover um ambiente de trabalho seguro e capacitador e uma cultura que maximize seu potencial.

Ações a considerar

- Aumentar a participação igualitária e significativa das mulheres na força de trabalho de vigilância em todos os níveis e identificar lacunas na composição da equipe de vigilância que possam contribuir para deficiências na investigação de casos (por exemplo, equipes compostas apenas por homens que não conseguem acessar casas em determinados contextos). Isso inclui o equilíbrio de gênero entre os supervisores.
- Identificar as necessidades e barreiras específicas enfrentadas por mulheres que trabalham na linha de frente para aumentar a participação das mulheres [por exemplo, necessidades ou barreiras relacionadas à mobilidade, segurança, transporte, equipamentos, alfabetização (incluindo alfabetização digital) e treinamento].
- Realizar treinamento obrigatório para todos os funcionários sobre prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais (PRSEAH).
- Compartilhar informações sobre mecanismos e sistemas de notificação e apoio existentes para lidar com todas as formas de exploração, abuso ou assédio sexuais.
- Se ainda não estiverem em vigor, estabelecer mecanismos de comunicação para que as mulheres envolvidas na vigilância da poliomielite possam expressar e discutir com confiança as questões que afetam seu bem-estar físico e emocional no trabalho (por exemplo, mentoria, representante da equipe).
- Garantir que o módulo de gênero seja incluído em todos os treinamentos de vigilância da poliomielite, com foco na descrição de gênero e barreiras relacionadas ao gênero na vigilância.
- Institucionalizar a provisão sistemática e regular de análise de gênero em todos os relatórios.
- Assegurar sessões de treinamento e sensibilização realizadas nas unidades de saúde ou nas comunidades:
 - incluir barreiras relacionadas ao gênero para imunização e vigilância;
 - destacar a igualdade de responsabilidades parentais e de cuidados compartilhados e promover a participação igualitária dos pais nos cuidados com os filhos, cuidados de saúde e tarefas domésticas (preferindo as palavras “pais e cuidadores”);
 - tentar garantir que uma diversidade de mulheres e homens sejam representados nos auxílios visuais e imagens de treinamento;
 - fornecer dados desagregados por sexo e análise de gênero sempre que possível, onde forem necessários exemplos e ilustrações da “vida real”, e destacar a importância de coletar e analisar dados desagregados por sexo em todas as atividades de monitoramento e avaliação (M&A); e
 - ser acessíveis a todos os participantes (por exemplo, os estabelecimentos são seguros e de fácil acesso, o horário é adequado, a disposição dos assentos é apropriada e os organizadores e facilitadores sabem como facilitar as sessões para garantir a participação de todos).

Indicadores relacionados ao gênero

A GPEI identificou indicadores de vigilância sobre gênero e vigilância da poliomielite (**Tabela I3 e Anexo E**).

Tabela I3. Indicadores de monitoramento relacionados ao gênero

Indicadores	Cálculo (expresso como porcentagem)
Detecção de PFA - sistema	$\frac{\text{Nº de casos de PFA** por sexo com resultados laboratoriais finais} \leq 35 \text{ dias após o início}}{\text{Nº de casos de PFA}}$
Oportunidade das atividades de campo	$\frac{\text{Nº de casos de PFA por sexo com 2 amostras coletadas com intervalo} \geq 24 \text{ horas, ambas dentro de 11 dias após o início da paralisia}}{\text{Nº de casos de PFA notificados}}$
Oportunidade da notificação	$\frac{\text{Nº de casos de PFA por sexo notificados dentro de 7 dias após o início da paralisia}}{\text{Nº de casos de PFA notificados}}$
Contato de saúde	$\frac{\text{Nº de casos de PFA por sexo com} \leq 2 \text{ atendimentos de saúde entre o início e antes da notificação}}{\text{Nº de casos de PFA}}$
Perfil profissional por sexo (por categoria)	$\frac{\text{Nº de mulheres [perfil profissional]}}{\text{Nº total de funcionários ou informantes (por categoria: agente de vigilância, supervisor, informante da CBS)}}$
Funcionários com PRSEAH concluído	$\frac{\text{Nº de pessoal de vigilância que completou o treinamento PRSEAH}}{\text{Nº de pessoal}}$

PFA = paralisia flácida aguda; CBS = vigilância baseada na comunidade; PRSEAH = prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais

**Resultados agregados: todos os resultados laboratoriais (PFA + contatos) usados para classificar o caso de PFA como confirmado/descartado

Tabela I4. Recursos sobre gênero e saúde

Área	Recurso
Recursos da GPEI:	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia de Equidade de Gênero 2019–2023 (2019) • Informe Técnico: Gênero (2018)
Ferramentas e recursos de orientação	<ul style="list-style-type: none"> • OMS. Matriz de Análise de Gênero (GAM) e Questões de Análise de Gênero (GAQ) na Integração de gênero para gestores de saúde: abordagem prática (2011) • Jhpiego. Kit de ferramentas de análise de gênero para sistemas de saúde (2016) • Escritório Regional do UNICEF para o Sul da Ásia. Conjunto de ferramentas de gênero: Integração de gênero na programação para todas as crianças do sul da Ásia (2018) • Escritório Regional do UNICEF para o Sul da Ásia. Comunicação responsiva ao gênero para o desenvolvimento: orientação, ferramentas e recursos (2018) • Escritório Regional do UNICEF para o Sul da Ásia. Imunização e gênero: guia prático para integração de uma lente de gênero nos programas de imunização (2019)

ANEXO J. ORÇAMENTO E FINANÇAS

Como parte do esforço de erradicação, a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI) fornece apoio financeiro direto para vigilância aos países, geralmente por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS), mas também como apoio direto de parceiros específicos da GPEI a países, regiões ou outras partes interessadas. Os fundos da GPEI incluídos no orçamento oficial aprovado pela GPEI são chamados de requisitos de recursos financeiros da GPEI (FRR). Outros apoios fornecidos por parceiros e doadores são considerados apoios não FRR.

Para garantir que o programa cumpra os objetivos relacionados à vigilância da Estratégia GPEI, particularmente no que se refere à oportunidade da detecção, o Grupo de Vigilância GPEI trabalhou com os escritórios regionais da OMS para desenvolver planos e orçamentos de vigilância para todos os países. O Grupo de Supervisão apresentou uma proposta de orçamento ao Comitê da Estratégia GPEI e um orçamento final de supervisão de US\$ 155 milhões foi apresentado e aprovado pelo Conselho de Supervisão da Pólio como parte das necessidades gerais de recursos financeiros da GPEI para 2022 (Tabela J1).

Tabela J1. Orçamento de supervisão GPEI, requisitos de recursos financeiros, 2022

Região	Centro de custo	Assistência técnica	Custo operacional de vigilância	Laboratório	Total
AFR	AFRO	1.864.000	850.000	4.700.000	7.414.000
	Angola	1.592.000	1.137.000		2.729.000
	Camarões	184.000	1.137.000		1.321.000
	Chade	970.000	1.750.000		2.720.000
	RD Congo	2.256.000	2.887.000		5.143.000
	Etiópia	1.011.000	2.187.000		3.198.000
	Guiné	199.000	370.000		569.000
	Quênia	593.000	775.000		1.368.000
	Níger	657.000	1.079.000		1.736.000
	Nigéria	12.800.000	8.443.000	2.919.000	24.162.000
	Sudão do Sul	658.000	2.975.000		3.633.000
AMR	AMRO		701.000	267.000	968.000
EMR	EMRO	2.753.000	1.080.000	1.210.000	5.043.000
	Afeganistão	8.722.000	13.224.000		21.946.000
	Paquistão	4.466.000	19.489.000	3.000.000	26.955.000
	Somália	805.000	4.136.000		4.941.000
	Síria			24.000	24.000
	Iémen			49.000	49.000
EUR	EURO	251.000	670.000	514.000	1.435.000
SEDE	Global/ Sede	3.239.000	21.750.000*	12.000.000	36.989.000
SEAR	SEARO		675.000	1.289.000	1.964.000
	Mianmar			16.000	16.000
	Bangladesh			55.000	55.000
	Indonésia			68.000	68.000
	Nepal			6.000	6.000
WPR	WPRO	129.000	185.000	437.000	751.000

AFR = Região Africana; AFRO = Escritório Regional Africano; AMR = Região das Américas; AMRO = Escritório Regional das Américas; EMR = Região do Mediterrâneo Oriental; EMRO = Escritório Regional do Mediterrâneo Oriental; EUR = Região Europeia; EURO = Escritório Regional Europeu; HQ = Sede; SEAR = Região do Sudeste Asiático; SEARO = Escritório Regional do Sudeste Asiático; WPR = Região do Pacífico Ocidental; WPRO = Escritório Regional do Pacífico Ocidental

O orçamento aprovado inclui apoio para assistência técnica e custos operacionais de vigilância para dois países endêmicos de WPV, 10 países prioritários na Região Africana e um país não endêmico prioritário na região do Mediterrâneo Oriental. O apoio ao Afeganistão, Paquistão e Nigéria constitui 47% do orçamento geral. O orçamento geral aprovado também inclui alocações para capacitação, expansão da vigilância ambiental (VA) e investimento na infraestrutura de gerenciamento de dados e informações.

Sob esse orçamento aprovado, os custos laboratoriais aumentaram 110% para US\$ 26,5 milhões em 2022. Além de manter o apoio total aos laboratórios, o orçamento inclui apoio adicional para novas iniciativas, como detecção direta (DD), expansão da capacidade de sequenciamento e fortalecimento geral da capacidade laboratorial.

Não FRR

Nem todas as atividades incluídas no GPSAP 2022–2024 são financiadas pelo orçamento da FRR GPEI. A implementação bem-sucedida do GPSAP dependerá também de contribuições não-FRR, que apoiam atividades centrais principais e novas iniciativas. A **Tabela J2** abaixo resume o apoio não FRR para 2022. Esse apoio cobre os custos básicos de vigilância nos países não endêmicos de WPV que são financiados por orçamento base da OMS, apoio à vigilância baseada na comunidade (CBS) nos países de alto risco, investimentos em infraestrutura de gerenciamento de informações e dados, incluindo atualização do sistema de informações para ação (IFA) arcaico e apoio adicional à inovação.

Tabela J2. Apoio financeiro para vigilância fora dos requisitos de recursos financeiros da GPEI, 2022

	Total não FRR	OMS*	BMGF	CDC	USAID
Custo operacional de vigilância	48.928.879	?	32.726.048	7.202.831	9.000.000
Vigilância de campo (PFA e VA)	38.271.539	?	22.588.708	6.682.831	9.000.000
Gerenciamento de dados e informações	10.657.340	?	10.137.340	520.000	
Laboratório	10.809.572	0	2.499.199	8.310.373	
Assistência técnica	-	?			
Total	59.738.451		35.225.247	15.513.204	9.000.000

PFA = paralisia flácida aguda; BMGF = Fundação Bill & Melinda Gates; CDC = Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA; VA = vigilância ambiental; Não-FRR = necessidades de recursos não financeiros; USAID = Agência para o Desenvolvimento Internacional dos EUA; OMS = Organização Mundial da Saúde

Necessidades adicionais

Considerando o esforço para melhorar a qualidade da vigilância em todos os países prioritários, talvez sejam necessárias medidas direcionadas de aprimoramento da vigilância. Quando essas necessidades surgirem, o Grupo de Vigilância analisará os planos propostos, incluindo qualquer requisito de recursos adicionais. De acordo com o processo e procedimento estabelecidos, se a necessidade de recursos adicionais não puder ser atendida dentro do orçamento aprovado, o Grupo de Vigilância apresentará a proposta para consideração do Comitê de Estratégia GPEI.

Próximas etapas

O Grupo de Vigilância realizará as seguintes atividades de M&A:

- ✓ Mensalmente, produza sumários da utilização de FRR por centro de custo, para serem compartilhados com todos os escritórios relevantes.
- ✓ Trimestralmente, realize uma análise conjunta da implementação do programa, incluindo a utilização das alocações de FRR.
- ✓ Semestralmente, inclua uma narrativa sobre a utilização de FRR no relatório do Grupo de Vigilância ao Comitê de Estratégia.
- ✓ Anualmente, avaliar as perspectivas gerais de financiamento da vigilância, incluindo não-FRR e incluir no feedback anual ao Comitê de Estratégia.

ANEXO K. RECURSOS

Informações do programa

- Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (website) - <http://polioeradication.org/>
- O site da GPEI inclui contagens globais atualizadas de poliovírus selvagem e derivado da vacina.
- Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022–2026: Cumprimento de uma promessa. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345967/9789240031937-eng.pdf>).
- Disponível em inglês, chinês, francês, russo, espanhol em: <https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026>
- Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite, 2018–2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-EN-1.pdf>).

Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

- Orientações Globais para Paralisia Flácida Aguda (PFA) e Vigilância do Poliovírus. Em preparação.
- Referência rápida provisória sobre como fortalecer a vigilância da poliomielite durante um surto de poliovírus. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference_Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf).
- Orientações para implementação da vigilância da poliomielite em áreas e populações de difícil acesso. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf>).
- Auxílio de trabalho: Uso de amostragem de contato de PFA e amostragem de fezes de crianças saudáveis direcionadas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf>).

Vigilância ambiental (VA)

- Orientação de Campo para a Implementação da Vigilância Ambiental para Poliovírus. Em preparação.
- Orientações de Vigilância Ambiental para Detecção de Poliovírus. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 (polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPLN_GuidelinesES_April2015.pdf).
- Procedimentos operacionais padrão para aprimoramento da vigilância ambiental da poliomielite após a investigação de um evento ou surto de poliovírus. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/SOPs-for-Polio-ES-enhancement-following-outbreak-20210208.pdf>).
- Abdullahi WH, Blake IM, Sume G, Braka F, Jimoh A, Dahiru H, Bonos M, *et al.* Characterizing Environmental Surveillance Sites in Nigeria and Their Sensitivity to Detect Poliovirus and Other Enteroviruses. *J Infect Dis.* 2020; *jiaa175*,1-10 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa175>).

Implementação da nVOP2 - monitoramento pós-implantação para vigilância

- Requisitos de Vigilância Laboratorial e de Campo da Poliomielite no Contexto de Uso da nVOP2. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/Polio-Field-and-Laboratory-Surveillance-requirements-in-the-context-of-nOPV2-use-20201218.pdf>).

Vigilância baseada na comunidade (CBS)

- Colaboradores técnicos da reunião da OMS de junho de 2018. Uma definição de vigilância com base na comunidade e um caminho a seguir: resultados da reunião técnica global da OMS, França, 26

a 28 de junho de 2018. Euro Surveill. 2019;24(2): pii=1800681 (<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681>).

Vigilância do poliovírus derivado da vacina associado à imunodeficiência (iVDPV)

- Orientações sobre Implementação da Vigilância do Poliovírus em Pacientes com Distúrbios da Imunodeficiência Primária (PIDs). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/Guidelines-for-Implementing-PID-Suveillance-3.3-20201215.pdf>).
- Li L, Ivanova O, Driss N, Tiongco-Recto M, da Silva R, Shahmahmoodi S, Sazzad H, Mach O, Kahn AL, Sutter RW. Poliovirus excretion among persons with primary immune deficiency disorders: summary of a seven-country study series. J Infect Dis. 2014;210 Suppl 1, S368-372 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jiu065>).

Testagem de poliovírus

- Departamento de Imunização, Vacinas e Biológicos Manual do Laboratório de Poliomielite da OMS 4ª ed. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2004 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68762/WHO_IVB_04.10.pdf).

Gênero

- Equipe de trabalho da OMS de prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais (website) - <https://www.who.int/initiatives/preventing-and-responding-to-sexual-exploitation-abuse-and-harassment>.
- Informações sobre a Diretiva Normativa de Proteção contra Exploração e Abuso Sexual (SEA). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 ([https://www.who.int/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-\(sea\)](https://www.who.int/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-(sea))).

Coordenação da preparação e resposta

- Orientação provisória para a rede de vigilância da poliomielite (poliomielite) no contexto da doença por coronavírus (COVID-19), atualizada. Genebra: Organização Mundial da Saúde; março de 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Polio-surveillance-guidance-in-the-context-of-COVID-update-20210325.pdf>).
- Conclamação à ação para apoio à resposta à COVID-19: Declaração do Conselho de Supervisão da Poliomielite. Genebra: Organização Mundial da Saúde; abril de 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/04/POB-COVID-19-Statement-20200402.pdf>).
- Erradicação da Poliomielite e Programa Essencial do Programa Interino de Trabalho para Ações Integradas de Imunização no contexto da pandemia de COVID-19. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>).
- Sharif S, Ikram A, Khurshid A, Salman M, Mehmood N, Arshad Y, *et al*. Detecção de SARS-CoV-2 em águas residuais usando a rede de vigilância ambiental existente: Um possível sistema suplementar para monitorar a transmissão da COVID-19. PLoS ONE. 2021;16(6):e0249568 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249568>).
- Zomahoun DJ, Burman AL, Snider CJ, Chauvin C, Gardner T, Lickness JS, Ahmed JA, Diop O, Gerber S, Anand A. Impact of COVID-19 Pandemic on Global Poliovirus Surveillance. MMWR-Morbid Mortal W. 2021 Jan 1;69(5152):1648-1652 (<http://doi.org/10.15585/mmwr.mm695152a4>).

Integração e transição

- Erradicação da Poliomielite e Programa Essencial do Programa Interino de Trabalho para Ações Integradas de Imunização no contexto da pandemia de COVID-19. Genebra:

Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>).

- Conselho Independente de Monitoramento da Transição da Poliomielite (TIMB). Quarto relatório, Navegando na complexidade. janeiro de 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/4th-TIMB-Report-Navigating-Complexity-20210131.pdf>).
- Estratégia global para a vigilância abrangente de doenças imunopreveníveis (VPD). Imunizações, Vacinas e Biológicos da OMS (IVB) Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-for-comprehensive-vaccine-preventable-disease-\(vpd\)-surveillance](https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-for-comprehensive-vaccine-preventable-disease-(vpd)-surveillance)).
- Programa de Emergências de Saúde da OMS Estratégia global de preparação para pandemias. Em preparação.

Pós-certificação

- Estratégia de Pós-Certificação da Poliomielite. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>)