



POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE

Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026

Cumprimento de
uma promessa





POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE

Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026

Cumprimento de
uma promessa



Versão oficial em português da obra original em Inglês
Polio Eradication Strategy 2022–2026: Delivering on a promise
© Organização Mundial da Saúde, 2021
ISBN: 978-92-4-003193-7 (versão eletrônica)

Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026: Cumprimento de uma Promessa

ISBN: 978-92-75-72641-9 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12641-7 (versão impressa)

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2022

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



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. *Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026: Cumprimento de uma Promessa*. Brasília, DF: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726419>.

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.

SUMÁRIO

Prefácio	v
Agradecimentos	vi
Siglas e abreviaturas	vii
Sumário executivo	ix
Visão geral	1
Meta Um: Interromper permanentemente toda a transmissão de poliovírus em países endêmicos	7
Contexto epidemiológico	7
Problemas atuais	7
Caminho para interromper permanentemente toda a transmissão do poliovírus em países endêmicos	8
1. Criar urgência e responsabilização por meio da defesa de causa para gerar maior vontade política	10
2. Gerar aceitação da vacina por meio do engajamento da comunidade adaptado ao contexto	12
3. Melhorar o sucesso da linha de frente por meio de alterações nas operações da campanha	14
4. Acelerar o progresso por meio de esforços de integração expandidos e parcerias unificadas	15
5. Melhorar a detecção e a resposta por meio de vigilância sensível	17
Meta Dois: Interromper a transmissão de cVDPV e prevenir surtos em países não endêmicos	19
Contexto epidemiológico	19
Desafios atuais	19
Caminho para interromper a transmissão de cVDPV2 e evitar surtos em países não endêmicos	20
1. Criar urgência e responsabilização por meio da defesa de causa para gerar maior vontade política	21
2. Melhorar a detecção e a resposta por meio de vigilância sensível	22
3. Melhorar o sucesso da linha de frente por meio de mudanças nas operações de resposta a surtos	24
4. Gerar aceitação da vacina por meio do engajamento da comunidade adaptado ao contexto	27
5. Acelerar o progresso por meio de esforços de integração expandidos e parcerias unificadas	29
Ambiente favorável	31
1. Estrutura GPEI	31
2. Equidade de gênero	32
3. Comunicações	33
4. Fornecimento de vacinas	34
5. Pesquisa	36
6. Esquema de monitoramento e avaliação	36
7. Finanças e custos	38
Preparação para o mundo pós-certificação	40
Conter o poliovírus	41
Cessação da VOP	42
Anexos	43
Anexo A. Lista de consulta às partes interessadas	43
Anexo B. Situação epidemiológica atual	44
Anexo C. Agenda de imunização 2030	46
Anexo D. Integração	47
Anexo E. Riscos	50
Anexo F. Objetivos e principais indicadores de desempenho da estratégia	54
Anexo G. Planejamento de contingência para nVOP2	58
Anexo H. Análise administrativa	60
Anexo I. Integração de gênero	62
Anexo J. Pesquisa e desenvolvimento	63
Anexo K. Atualização da contenção da poliomielite	66



© UNICEF Pakistan / Syed Mehdi Bokhari

PREFÁCIO

A promessa de um mundo livre da poliomielite tem sido a força motriz por trás da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI), contribuindo para ganhos fundamentais na saúde nas últimas três décadas. De fato, antes da doença do coronavírus (COVID-19), a erradicação da poliomielite significava para muitos algo que o mundo poderia alcançar unindo-se para proteger e promover a saúde de todas as crianças.

À medida que o mundo – e especialmente os sistemas de saúde dos países – se ajustava a uma nova ameaça global à saúde na COVID-19, a GPEI lançou uma análise intensiva para identificar barreiras à erradicação e desenvolver uma nova estratégia para cumprir a promessa de um mundo livre da poliomielite. A complexidade da tarefa aumentou à medida que o programa teve que fazer um inventário dos problemas enfrentados nos anos anteriores à COVID-19 e definir soluções que funcionarão em um mundo talvez alterado para sempre após a COVID-19. Sem dúvida, o maior trunfo desse exercício foram mais de 300 partes interessadas que, por meio de entrevistas, workshops e análises, forneceram conhecimento e *insights* sobre o terreno novo e desconhecido da erradicação da poliomielite, ao mesmo tempo em que mitigaram os riscos e responderam às necessidades de uma pandemia global.

Ao longo dos últimos meses, ficou claro que, para colocar a GPEI de volta no caminho da erradicação, devemos operar em ritmo de emergência e, ao mesmo tempo, tornar-nos mais responsáveis pela parceria coletiva, mais responsivos às necessidades convergentes das comunidades impactadas, mais acolhedores em relação às áreas de especialização convergentes e mais integrados com programas sociais e de saúde que oferecem intervenções fundamentais para populações vulneráveis.

A **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026** expressa o tipo de abordagens integradas que serão necessárias para cumprir a promessa de erradicação.

Por meio dessa nova estratégia, acreditamos que a GPEI reimaginou seu relacionamento com os governos, aprofundou seu compromisso com as comunidades afetadas pela poliomielite, fez mudanças para capacitar e proteger a força de trabalho da linha de frente e expandiu suas parcerias para alcançar um impacto mais amplo em regiões prioritárias da poliomielite, juntamente com as principais inovações que melhorarão a detecção e a resposta. A estratégia também estabelece metas claras para fortalecer a responsividade de gênero do programa, reconhecendo que quanto mais a participação e o empoderamento significativo das mulheres se tornar a pedra angular dos esforços da GPEI, conforme descrito em sua *Estratégia de Equidade de Gênero*, mais progresso será feito na erradicação. Em maior alinhamento com a Agenda de Imunização 2030 (AI2030) e a Gavi, o plano estratégico da Aliança de Vacinas (Gavi 5.0), a nova estratégia oferece uma abordagem mais holística à imunização e compartilha com a AI2030 seus princípios de ser centralizado nas pessoas, de ser propriedade do país, de se basear em parcerias e de ser orientado por dados.

Com uma estratégia atualizada e um caminho definido para a erradicação, devemos acelerar o progresso ao entrarmos no período 2022-2026. As partes interessadas articularam bem a dificuldade durante o processo de consulta quando disseram: “Agora é a hora de fazer não apenas coisas boas ou coisas difíceis, mas coisas muito difíceis”.

Como membros do Conselho de Supervisão da Poliomielite (POB, do inglês *Polio Oversight Board*), unimo-nos a parcerias mais amplas para expressar nosso compromisso com uma maior responsabilização no caminho da erradicação. Em nossas reuniões, os membros do POB analisarão rotineiramente o novo esquema de monitoramento e avaliação da estratégia e gerenciamento de risco. Estamos, com todos vocês, dedicados à erradicação da poliomielite.

Trabalhando juntos e em estreita parceria com os países afetados, podemos recuperar o terreno perdido contra a poliomielite durante a pandemia da COVID-19, enquanto continuamos a aproveitar a infraestrutura do programa para apoiar sistemas de saúde frágeis. Mesmo que a COVID-19 continue a representar problemas para os programas de saúde em todo o mundo, reconhecemos uma oportunidade de voltarmos mais fortes em nosso esforço para criar um mundo mais saudável e mais justo, o que inclui a erradicação de uma das doenças infecciosas mais cruéis e, assim, garantir que a poliomielite não seja mais uma ameaça para as crianças e famílias em qualquer lugar do mundo.

Conselho de Supervisão da Poliomielite da GPEI



Chris Elias

*Presidente, Divisão de Desenvolvimento Global, Fundação Bill & Melinda Gates
Presidente do Conselho de Supervisão da Poliomielite em 2021*



Mike McGovern

Presidente da Comissão PolioPlus Internacional, Rotary International



Seth Berkley

CEO, Gavi, a Aliança das Vacinas



Tedros Adhanom Ghebreyesus

Diretor-Geral da OMS



Henrietta Fore

Diretora Executiva, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)



Rochelle Walensky

Diretora, Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC)

AGRADECIMENTOS

A GPEI envolveu um amplo conjunto de partes interessadas ao longo do desenvolvimento da *Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026: Cumprimento de uma promessa*. O processo de engajamento se beneficiou de contribuições generosas de equipes nacionais, governos nacionais, doadores e mais de 40 grupos de especialistas externos e internos, muitos dos quais incentivaram a parceria a adotar uma abordagem mais holística na erradicação da poliomielite (ver **Anexo A**).

As contribuições de todos os participantes resultaram em uma estratégia que busca superar os problemas remanescentes por meio do reconhecimento de que a erradicação da poliomielite depende de uma gama de parceiros e de uma diversidade de atores.

Por suas contribuições inestimáveis para a saúde mundial, vacinando crianças e prestando outros serviços de saúde às suas comunidades, a GPEI dedica esta estratégia aos profissionais da linha de frente, e particularmente aos profissionais que perderam a vida. A estratégia também é dedicada às crianças, adolescentes e adultos afetados pela poliomielite e aos defensores afetados pela poliomielite que usaram sua voz e experiência para desempenhar um papel fundamental no esforço de erradicação.



SIGLAS E ABREVIATURAS

EAPV	Evento adverso pós-vacinação	mVOP3	Vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 3
PFA	Paralisia flácida aguda	mRNA	Mensageiro de ácido ribonucleico
bOPV	Vacina oral bivalente contra a poliomielite	NAC	Autoridade nacional para contenção
C4D	Comunicação para o desenvolvimento	NEAP	Plano nacional de ação de emergência
COVID-19	Doença causada pelo coronavírus (2019)	ONG	Organização não governamental
OSC	Organização da sociedade civil	nVOP1	Nova vacina oral contra a poliomielite tipo 1
cVDPV	Poliovírus circulante derivado de vacina	nVOP2	Nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2
cVDPV1	Poliovírus circulante derivado de vacina tipo 1	nVOP2 GT	Grupo de trabalho da nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2
cVDPV2	Poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2	nVOP3	Nova vacina oral contra a poliomielite tipo 3
cVDPV3	Poliovírus circulante derivado de vacina tipo 3	PFANP	Paralisia flácida aguda não-poliomielite
IE	Imunização essencial	VOP	Vacina oral contra a poliomielite
COE	Centro de operações de emergência	VOP2	Vacina oral contra a poliomielite tipo 2
PAI	Programa Ampliado de Imunização	ORPG	Grupo de preparação e resposta a surtos
VA	Vigilância ambiental	PCS	Estratégia de pós-certificação
EUL	Lista de Uso de Emergência	PEF	Estabelecimento essencial para poliovírus
GAPIII	Plano de Ação Global para minimizar o risco de poliovírus associado a estabelecimentos pós-erradicação, terceira edição	APS	Atenção primária à saúde
GCC	Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite	POB	Conselho de Supervisão da Poliomielite
GCC-CWG	Grupo de Trabalho de Contenção da Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite	PQ	Pré-qualificação
GIS	Sistema de informação geográfica	PRC	Comitê de pesquisa da poliomielite
GPEI	Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite	PSEA	Proteção contra exploração e abuso sexual
GPLN	Rede Global de Laboratórios de Poliomielite	P&D	Pesquisa e desenvolvimento
HSS	Fortalecimento do Sistema de Saúde	SAGE	Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização
AI2030	Agenda de Imunização 2030	SC	Comitê de Estratégia
RSI	Regulamento Sanitário Internacional	SIA	Atividades suplementares de imunização
IMB	Conselho de Monitoramento Independente	POP	Procedimentos operacionais padrão
VIP	Vacina inativada contra a poliomielite	TAG	Grupo Consultivo Técnico
KPI	Indicador-chave de desempenho	tVOP	Vacina oral trivalente contra poliomielite
LQAS	Amostragem de garantia de qualidade do lote	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
M&A	Monitoramento e avaliação	VAPP	Poliomielite parálitica associada à vacina
MNCAH	Saúde materna, do recém-nascido, da criança e do adolescente	VDPV	Poliovírus derivado da vacina
mVOP1	Vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 1	VDPV1	Poliovírus derivado de vacina tipo 1
mVOP2	Vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 2	VDPV2	poliovírus derivado de vacina tipo 2
		VLP	Partícula semelhante a vírus
		VPD	Doença imunoprevenível
		WHE	Programa de Emergências em Saúde da Organização Mundial da Saúde
		OMS	Organização Mundial da Saúde
		WPV	Poliovírus selvagem
		WPV1	Poliovírus selvagem tipo 1
		WPV2	Poliovírus selvagem tipo 2
		WPV3	Poliovírus selvagem tipo 3



SUMÁRIO EXECUTIVO

Ao longo da última década, a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI) fez progressos constantes no caminho para a erradicação. Os poliovírus selvagens tipos 2 e 3 (WPV2 e WPV3) foram declarados erradicados em 2015 e 2019, respectivamente; a Região da Organização Mundial da Saúde (OMS) do Sudeste Asiático foi declarada livre de poliovírus em 2014; e, mais recentemente, a Região Africana da OMS foi certificada como livre de poliovírus selvagem (WPV) em agosto de 2020. No entanto, os passos finais para a erradicação provaram ser os mais difíceis.

A GPEI agora enfrenta desafios programáticos e epidemiológicos que exigem novas abordagens para colocar a parceria e os países impactados em uma base emergencial (ver **Anexo B**). Para alcançar um mundo livre da poliomielite, a GPEI reimaginou o caminho da erradicação com um apelo urgente à propriedade e responsabilização coletiva em toda a parceria GPEI e com governos, comunidades e todas as outras partes interessadas.

A **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026** compreende um amplo conjunto de ações a fim de posicionar a GPEI para cumprir uma promessa que uniu o mundo em um compromisso coletivo de erradicação da poliomielite. Essas ações, muitas das quais já estavam em andamento em 2021, fortalecerão e capacitarão a GPEI para enfrentar de frente os problemas e alcançar e manter um mundo livre da poliomielite.

A GPEI transformará sua abordagem em cada região e país por meio de cinco objetivos que se reforçam mutuamente e estabelecem as bases para alcançar duas metas fundamentais: *Meta número um* interromper permanentemente toda a transmissão de poliovírus nos dois últimos países endêmicos de WPV, o Afeganistão e o Paquistão, e *Meta número dois* parar a transmissão do poliovírus circulante derivado da vacina (cVDPV) e prevenir surtos nos países não endêmicos.

Objetivos estratégicos	
	Criar urgência e responsabilização para gerar maior vontade política ao repensar a relação da GPEI com os governos e sistematizar a defesa de causa política.
	Gerar aceitação da vacina por meio do engajamento da comunidade adaptado ao contexto que reduza recusas e aumente o compromisso da comunidade com a imunização infantil.
	Acelerar o progresso por meio de esforços de integração expandidos com uma gama mais ampla de parceiros em imunização, cuidados essenciais de saúde e serviços comunitários.
	Melhorar o sucesso da linha de frente por meio de mudanças nas operações de campanha e operações de resposta a surtos, incluindo o reconhecimento e capacitação da força de trabalho da linha de frente.
	Melhorar a detecção e a resposta por meio de vigilância sensível que forneça ao programa informações fundamentais para ação.

Meta Um: Interromper permanentemente toda a transmissão de poliovírus em países endêmicos

Para proteger o investimento que as gerações fizeram na erradicação da poliomielite, a **Meta Um** provê um caminho para interromper permanentemente toda a transmissão do poliovírus no Afeganistão e no Paquistão. O caminho para a erradicação nos últimos países endêmicos exigirá:

- maior vontade política em todos os níveis de governo e com todos os atores locais por meio de um compromisso com o valor apolítico da erradicação da poliomielite;
- uma parceria profunda e duradoura com comunidades marginalizadas, especialmente aquelas que residem em distritos de maior risco de poliomielite;
- um programa que funcione bem com uma força de trabalho de linha de frente motivada e com pessoal adequado, provendo, de forma consistente, vacinas à porta de cada domicílio ou em todas as oportunidades identificadas nas áreas em que o acesso domiciliar seja restrito;
- uma abordagem integrada de prestação de serviços que priorize a imunização essencial e a prestação de outros serviços de saúde (ver **Figura 1**); e
- um investimento contínuo e uma melhoria da qualidade da vigilância e do tempo hábil de detecção.

Coletivamente, essas abordagens melhorarão a efetividade das operações do programa, mudarão a maneira como o programa ouve as comunidades e responde a elas, e aumentará o compromisso das partes interessadas locais, provinciais e nacionais em relação à erradicação.

Meta Dois: Interromper a transmissão de cVDPV e prevenir surtos em países não endêmicos

Os surtos de poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2 (cVDPV2) tornaram-se uma preocupação global, pois o mundo tem visto mais casos anuais de cVDPV2 do que de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) desde 2017. Embora 27 surtos tenham sido declarados encerrados pela GPEI nos últimos dois anos, a escala e a velocidade da propagação da doença representam um risco para a erradicação global da poliomielite. Nesse contexto, a **Meta Dois** descreve estratégias e táticas para colocar a GPEI e os países impactados em uma base emergencial a fim de interromper a transmissão do cVDPV2. Além de manter uma vigilância sensível para detectar e responder rapidamente a qualquer poliovírus, as novas abordagens para interromper a transmissão do cVDPV2 incluirão:

- defesa de causa política direcionada e coordenada em países com surtos para vincular a preparação e resposta ao surto de poliomielite às prioridades de saúde mais amplas do país;
- estruturas de comando de emergência para resposta em nível nacional, regional e global para uma rápida tomada de decisão durante a detecção e resposta a surtos;
- maior capacidade regional e nacional para apoiar a vigilância e a resposta a surtos;
- implantação da nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2 (nVOP2) para minimizar a propagação de surtos e outras novas ferramentas, abordagens e parceiros para melhorar a vigilância, velocidade e qualidade da resposta a surtos e o engajamento da comunidade; e
- forte coordenação com o Programa Ampliado de Imunização (PAI) no país e com parceiros essenciais de imunização para identificar comunidades com dose zero e sub-imunizadas em localidades geográficas prioritárias em relação à poliomielite (ver **Figura 1**)¹.

Figura 1 – Modalidades e regiões de integração

	Resposta à pandemia, incluindo apoio à provisão de vacinas contra COVID-19, <i>onde quer que a GPEI seja necessária.</i>
	Prestação de serviços integrados nos distritos de alto risco do <i>Afeganistão.</i>
	Prestação de serviços integrados nas comunidades prioritárias do <i>Paquistão.</i>
	Campanhas de imunização multiantígenas para aumentar a imunidade a doenças imunopreveníveis.
	Coordenação com a Gavi e o Programa Ampliado de Imunização na iniciativa “dose zero”, inclusive na resposta a surtos.
	Aceleração da transição das funções essenciais da poliomielite em <i>áreas em que a poliomielite já esteja integrada.</i>

Fonte: OMS.

¹ “Crianças de dose zero” são crianças que não receberam imunização essencial, muitas vezes devido a sistemas de saúde do país enfraquecidos. Essa atenção às comunidades carentes nas quais residem um grande número de crianças com dose zero é uma oportunidade de colaboração e eficiência com a Gavi. 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>, acessado do em 9 de junho de 2021).

Marcos e medidas para o sucesso

A **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026** estabeleceu parâmetros agressivos para medir o progresso rumo à erradicação (ver **Figura 2**). Devido às incertezas sem precedentes enfrentadas pela parceria, este cronograma funciona como uma ferramenta de orçamento e planejamento e será avaliado regularmente, com uma análise intensiva do programa planejada para 2023. Ao se alcançar os últimos marcos para a certificação do WPV1 e a interrupção do cVDPV2, será lançada a *Estratégia de Pós-Certificação (PCS)*, para a qual foram iniciadas etapas de vigilância integrada da poliomielite de longo prazo, capacidade de resposta, fortalecimento da imunização essencial e contenção.

Figura 2 – Planejamento e orçamento da Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026, 2021-2027+



A nova estratégia também introduz uma abordagem mais abrangente e sistemática no desempenho e gestão de risco em todos os níveis do programa. Para acompanhar o progresso e ajustar-se a riscos imprevistos, uma nova matriz de monitoramento e avaliação (M&A) foi desenvolvida com marcos, desfechos e indicadores-chave de desempenho (KPIs) que ajudarão a identificar os pontos fracos do programa em tempo hábil e implementar medidas corretivas e mitigadoras conforme apropriado. Um registro de risco separado mapeia ameaças inter-relacionadas ao sucesso da estratégia.

Os líderes técnicos globais analisarão regularmente os indicadores e desfechos de M&A, e o Conselho de Supervisão da Poliomielite (POB) analisará os marcos de nível da meta a cada trimestre. Para reforçar o monitoramento global da saúde, esse sistema de M&A contribui e está alinhado com o esquema de monitoramento da Agenda de Imunização 2030 (AI2030)³.

Alinhamento estratégico da Agenda de Imunização 2030

A AI2030 é uma estratégia global ambiciosa de vacinas e imunização endossada pela Septuagésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde e apoiada por parceiros globais de saúde. Com base em seu antecessor, o Plano global de ação para vacinas (GVAP) para uma nova década (2021-2030), a AI2030 apoia os esforços nacionais para melhorar os programas de imunização e a atenção primária à saúde (APS) como meio de reduzir e eliminar doenças imunopreveníveis.

Em reconhecimento da importância fundamental de ter programas de imunização fortes para alcançar e manter a erradicação da poliomielite, a GPEI fará contribuições para as prioridades estratégicas da AI2030 (ver **Anexo C**). O alinhamento dos marcos e medidas da GPEI referentes ao sucesso do esquema de M&A da AI2030 integrará a GPEI ao monitoramento global da saúde e contribuirá para a medição e relatórios simplificados. A GPEI também fará parte dos mecanismos de propriedade e responsabilização da AI2030, incluindo o Conselho de Parceria, que garantirá o alinhamento e a responsabilização conjunta com os parceiros de vacinação.

Como pilar central para o sucesso do programa, a responsabilização será mantida por meio de mecanismos distintos em nível nacional e global que são coletivamente reforçados por meio da avaliação de órgãos independentes, como os Conselhos Independentes de Monitoramento (IMB), o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) sobre Imunização e as comissões de certificação global e regional. Em última análise, o programa de erradicação da poliomielite e seus parceiros são responsáveis perante as crianças do mundo em garantir que elas estejam totalmente protegidas, e não mais em risco dessa doença transmissível altamente infecciosa (ver o **pilar de Responsabilização**, na página seguinte).

² "Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). 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>, acessado em 10 de junho de 2021).

³ "Implementação da Agenda de Imunização 2030: Descrição do esquema para ação por meio de planejamento, monitoramento e avaliação coordenados e propriedade e responsabilização". Imunizações, Vacinas e Biológicos da OMS (IVB) Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/implementing-the-immunization-agenda-2030>, acessado em 10 de junho de 2021).

Pilar de responsabilização



KPI = indicador chave de desempenho; M&A = monitoramento e avaliação.

Fonte: OMS.

Fatores de habilitação

Para garantir que a parceria seja adequada ao propósito, a GPEI realinhará sua estrutura de modo a fortalecer a responsabilização e transferir mais autoridade de decisão para os locais onde os programas são implementados – no nível nacional e provincial. Fatores adicionais que contribuem para um ambiente favorável incluem:

- otimizar as estruturas de gerenciamento da GPEI para promover a clareza das funções e acelerar a tomada de decisões;
- aplicar uma lente de equidade de gênero na implementação das atividades do programa;
- desenvolver uma estratégia de comunicação que utilize análises de dados sociais e comportamentais para aumentar a aceitação da vacina e minimizar o risco;
- garantir que os mecanismos de fornecimento de vacinas sejam resilientes e permaneçam ininterruptos;
- investir na pesquisa e desenvolvimento (P&D) de novas inovações que apoiem a erradicação;
- preparar e responder aos riscos por meio de um esquema de monitoramento; e
- recursos do programa por meio de custeio e financiamento apropriados.

O caminho a seguir

As dificuldades dos próximos cinco anos exigem compromissos unificados das agências GPEI, governos e partes interessadas globais, nacionais e locais. A principal intenção da nova estratégia será alinhar os esforços de todos os parceiros na erradicação da poliomielite com foco no apoio à prestação de serviços de imunização e serviços relacionados na linha de frente (ver **Parceiros na erradicação da poliomielite**, na página seguinte). Por meio de um foco emergencial e uma abordagem mais integrada para fornecer intervenções fundamentais de saúde a países e regiões afetados pela poliomielite e em risco, a GPEI alcançará um mundo livre da poliomielite – e lembrará a comunidade global das enormes conquistas que podem ser obtidas através do engajamento colaborativo e da busca coletiva.



OSC = organização da sociedade civil; ONG = organização não governamental.
 Fonte: OMS.

COVID-19: um estudo de caso em ação emergencial e parceria efetiva

Quando a COVID-19 surgiu em 2020, os países com uma forte presença da GPEI puderam usar a experiência e a infraestrutura postas em prática pelo programa de erradicação da poliomielite para coordenar uma resposta efetiva à COVID-19. Milhares de profissionais da poliomielite mudaram seu foco para ajudar a conter a propagação do vírus SARS-CoV-2. Os centros de operações de emergência contra a poliomielite (COEs) estão preparados para responder à COVID-19 por meio de vigilância, rastreamento de contatos e transporte de amostras, fornecimento de sabonetes e desinfetantes para as mãos, distribuição de materiais de treinamento para pessoal médico e profissionais da linha de frente e engajamento da comunidade em medidas de mitigação[†].

No Paquistão e na Nigéria, os recursos da GPEI foram especialmente valiosos. No Paquistão, os laboratórios de poliomielite forneceram testes e sequenciamento da COVID-19, o *call center* da poliomielite tornou-se (e continua sendo) a linha nacional de atendimento da COVID-19, a equipe da poliomielite treinou mais de 18.600 profissionais de saúde e os mobilizadores da comunidade da poliomielite envolveram 7.000 líderes religiosos e 26.000 influenciadores. Na Nigéria, as equipes de resposta à COVID-19 usaram sistemas e análises de dados COE para rastrear e visualizar a prestação de APS, o que ajudou a identificar lacunas e direcionar os serviços de recuperação (*catch-up*).

Para apoiar a resposta à pandemia ao mesmo tempo em que realiza atividades referentes à 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 contexto da COVID-19 (iPOW)[‡]. O iPOW fornece orientação para sinergizar os esforços do PAI e de erradicação da poliomielite em áreas mutuamente benéficas.

Nos próximos anos, os países podem continuar a depender do apoio da GPEI para combater a COVID-19 ou outras emergências de saúde. 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 num contexto de recursos limitados.

[†] Quase 50 países relataram apoio da poliomielite à COVID-19 na Região Africana (36), na Região do Mediterrâneo Oriental (8) e na Região do Sudeste Asiático (5), totalizando US\$ 26,7 milhões de dólares em junho de 2020. Ver Contribuições da rede da poliomielite para a resposta à COVID-19: transformar o problema em oportunidade na transição da poliomielite. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/contributions-of-the-polio-network-to-the-covid-19-response-turning-the-challenge-into-an-opportunity-for-polio-transition>, acessado em 10 de junho de 2021)

[‡] Ver Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI), Programa Provisório de Trabalho para Ações Integradas na Erradicação da Poliomielite e Programa Essencial de Imunização no contexto da pandemia da COVID-19. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>, acessado em 10 de junho de 2021).



■ VISÃO GERAL

A GPEI está em uma encruzilhada, precisando de novas abordagens para superar os últimos obstáculos restantes e alcançar a erradicação da poliomielite. Nos dois últimos países endêmicos, Afeganistão e Paquistão, o WPV1 persiste ao lado do cVDPV2. No mundo todo, estão ocorrendo surtos de cVDPV2 em quatro das seis regiões geográficas da OMS⁴. (Ver no **Anexo B** a situação epidemiológica atual.)

A GPEI apresentou uma estratégia em 2019 que forneceu orientações para erradicar a poliomielite⁵, mas o progresso insignificante e a diminuição da imunidade da população em países e regiões de alto risco contribuíram para a deterioração da situação epidemiológica, pois os métodos tradicionais se mostraram insuficientes⁶.

À medida que a GPEI trabalha para gerar urgência coletiva, engajamento e responsabilização pela erradicação da poliomielite, ela enfrenta os seguintes problemas:

- dificuldade em alcançar e manter a vontade política devido, em parte, a abordagens inadequadas para garantir a apropriação do esforço de erradicação pelos governos dos países afetados pela poliomielite;
- sub-engajamento com e das comunidades afetadas, pois a erradicação da poliomielite não está posicionada dentro de suas necessidades mais amplas e a desconfiança no programa continua sem solução;
- compromissos indefinidos e em grande parte não financiados para integrar o programa da poliomielite com outras iniciativas de saúde e desenvolvimento que foram priorizadas pelos governos ou são necessárias pelas comunidades;
- lacunas no desempenho da campanha não resolvidas devido à ausência de esquemas sólidos de M&A e engajamento intencional da comunidade; e
- detecção tardia da transmissão do poliovírus, agravada por uma série de problemas logísticos que estendem o tempo de resposta além da janela de impacto máximo.

Novo esquema estratégico

Para enfrentar esses problemas e interromper permanentemente a transmissão do poliovírus, a GPEI lançou uma nova estratégia para transformar sua abordagem – empregando todas as oportunidades para vacinar crianças, construir propriedade coletiva e responsabilização pelo esforço de erradicação e garantir um nível de urgência compatível com a designação da poliomielite em 2014 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional⁷.

Foi desenvolvido um novo esquema estratégico para identificar formas inovadoras de superar as barreiras mais intratáveis para a erradicação, ao mesmo tempo em que otimiza as estratégias centrais que permitiram o progresso contra a poliomielite até o momento (**Figura 3**). Essa estratégia mais holística levará a parceria além de uma abordagem estritamente epidemiológica e “vertical”, passando a uma erradicação por meio de soluções transformacionais e sustentáveis.

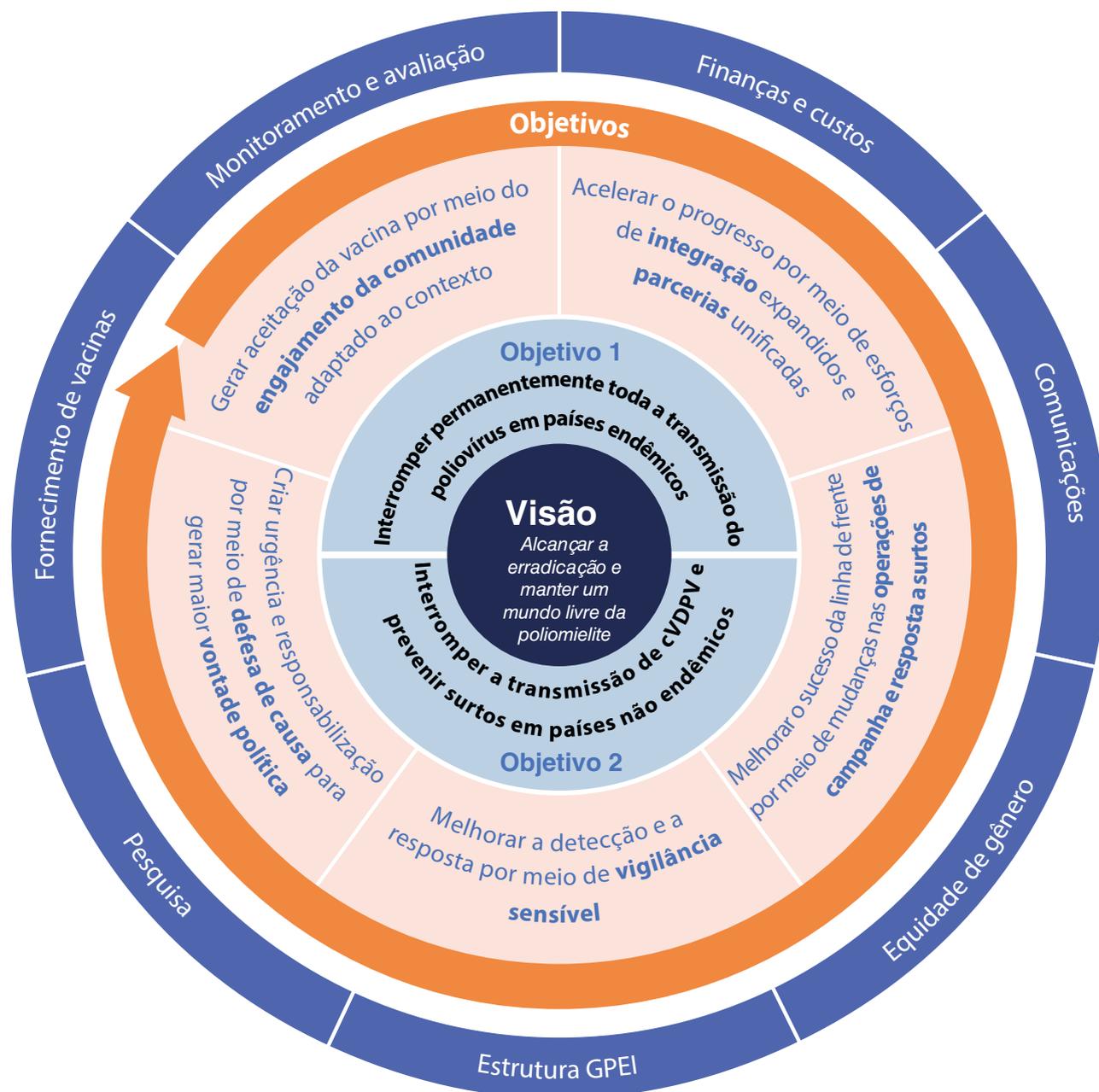
⁴ Em 2020, 140 casos de WPV1 foram relatados no Afeganistão (56) e Paquistão (84), e 1.418 casos e isolados de cVDPV2 foram relatados por meio da vigilância de paralisia flácida aguda (971) e vigilância ambiental (447), com os surtos mais importantes no Afeganistão (269), Paquistão (135), Chade (98), República Democrática do Congo (75) e Costa do Marfim (71).

⁵ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Estratégia *Endgame* de Erradicação da Poliomielite 2019-2023: Erradicação, integração, certificação e contenção. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://polioeradication.org/who-we-are/polio-endgame-strategy-2019-2023>, acessado em 10 de junho de 2021).

⁶ Para mais informações sobre a insuficiência de abordagens anteriores, ver Conselho de Monitoramento Independente (IMB). O mundo está esperando: Décimo nono relatório; dezembro de 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/19th-IMB-Report-The-World-is-Waiting-20201223.pdf>, acessado em 10 de junho de 2021).

⁷ Declaração da OMS sobre a reunião do Comitê Executivo do Regulamento Sanitário Internacional sobre a disseminação internacional do poliovírus selvagem. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 5 de maio de 2014 (<https://www.who.int/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus>, acessado em 10 de junho de 2021).

Figura 3 – Esquema estratégico da Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026



Fonte: OMS.

Integração no caminho para a erradicação – e além

A nova Estratégia de Erradicação da Poliomielite também se compromete com uma abordagem integrada à implementação do programa que permita que os países aproveitem os recursos existentes do programa da poliomielite e atendam às necessidades de saúde das comunidades vulneráveis. A estratégia define a integração como um esforço conjunto entre o programa de erradicação da poliomielite e uma série de parceiros com o objetivo de melhorar os desfechos de imunização em regiões específicas. Os esforços de integração são realizados por intermédio de dois meios principais: colaboração reforçada com outros programas de imunização e estratégias apropriadas ao contexto para provisão de vacinas juntamente com a APS e outros serviços.

A **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026** enfoca a integração por meio de duas transformações de abordagem. A primeira é o reconhecimento de que, para que a erradicação da poliomielite seja bem-sucedida, a cobertura de imunização cronicamente baixa e as recusas de vacinas contra a poliomielite baseadas na demanda em regiões e populações-chave devem ser abordadas, para as quais a integração fornece soluções direcionadas. A segunda é uma reavaliação da integração como um passo em direção à transição sustentável e de longo prazo das funções da poliomielite em outros programas de saúde e sistemas nacionais de saúde à medida que o mundo se aproxima da erradicação da poliomielite.

A GPEI terá vários papéis na implementação de atividades de integração, e um esquema de tomada de decisão orientará a avaliação e seleção de oportunidades de integração (ver **Anexo D**). Embora os papéis possam variar, a intenção é coerente e expressa essa abordagem evoluída. Em todas as modalidades e regiões, o impulso para a integração permitirá que a GPEI expresse melhor as necessidades, vozes e capacidades da gama de partes interessadas necessárias para alcançar a erradicação.

Os esforços de integração da GPEI em nível global implicarão em:

- envolver-se em discussões multissetoriais com governos e programas humanitários e de saúde relevantes para identificar e planejar iniciativas de integração;
- prover financiamento colaborativo e assistência operacional para a provisão colaborativa da vacina oral bivalente contra a poliomielite (bVOP) em outras campanhas;
- prover financiamento colaborativo para prestação de serviços integrados nos distritos de alto risco do Afeganistão e nas comunidades prioritárias do Paquistão;
- prover mobilização de recursos e defesa de causa para direcionar os fundos existentes para a expansão da APS, incluindo imunização essencial em áreas visadas subnacionais em alto risco para a poliomielite;
- trabalhar com os governos nacionais para determinar como as funções essenciais à poliomielite serão gerenciadas e, por fim, transferidas para o PAI;
- prover assistência técnica e supervisão estratégica para áreas relacionadas à provisão de imunização essencial e vigilância de doenças imunopreveníveis (VPD); e
- participar das estruturas de governança da AI2030 e dos mecanismos de análise regional e nacional do Banco Mundial.



Prontidão para o que está por vir

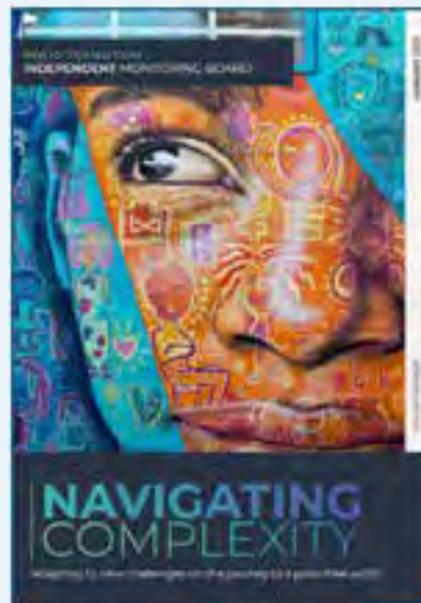
Como a pandemia da COVID-19 demonstrou, eventos súbitos e inesperados podem atrasar o progresso em direção à erradicação. Com base nessas lições arduamente aprendidas, a parceria entra neste período estratégico equipada com uma nova abordagem de gerenciamento de risco para monitorar, de forma proativa, os riscos e seus possíveis efeitos em cascata sobre o programa (ver **Anexo E**).

Equipada com novas ferramentas e esquemas, a GPEI lança essa estratégia com um senso renovado de quão precários podem ser os ganhos em saúde pública e em segurança sanitária global, quão urgentemente eles devem ser protegidos e quão evidente é o fato de que a colaboração e a parceria continuam sendo o bem mais valioso do programa. Ao enfatizar a urgência em todas as atividades, tornando-se um parceiro disposto e receptivo aos governos, comunidades e outras iniciativas de saúde, e reequilibrando a capacidade e a tomada de decisões nas equipes regionais e nacionais, o programa da poliomielite e seus parceiros gerarão coletivamente maior responsabilização e maior propriedade dos esforços de erradicação – e alcançarão um mundo livre da poliomielite.

Rumo à transição

Ao longo de mais de três décadas, a GPEI criou infraestrutura para buscar a erradicação da poliomielite em países do mundo inteiro. Isso apoiou não apenas as atividades relacionadas à erradicação da poliomielite, mas também funções que vão bem além desse objetivo principal, incluindo vigilância de VPD e funções laboratoriais; atividades de imunização essencial; introdução de novas vacinas em muitos países; preparação e resposta a emergências; e fortalecimento do sistema de saúde.

A GPEI também tem apoio de operações com subsídio cruzado. Serviços como logística, dados, finanças, recursos humanos e administração são essenciais para executar o trabalho de erradicação da poliomielite – e eles também foram compartilhados de forma muito mais ampla. Os países de uma parte substancial do mundo, em especial das regiões da África, Mediterrâneo Oriental e Sudeste Asiático, tornaram-se fortemente dependentes da infraestrutura da GPEI para manter as funções mais amplas de saúde pública. Tendo como pano de fundo a resposta à pandemia da COVID-19 e um ambiente fiscal cada vez mais rígido, a GPEI se esforçará para erradicar o WPV1, interromper a transmissão do cVDPV e manter a condição livre de poliomielite, ao mesmo tempo em que apoia uma transição acelerada e baseada em risco do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do pessoal e da infraestrutura da OMS para os Estados Membros e os programas de imunização essenciais ou emergenciais de saúde.



Ver o relatório do Conselho de Monitoramento Independente da Transição sobre *Complexidade da transição** para saber mais sobre a transição de recursos e funções da poliomielite.

* Conselho de Monitoramento Independente 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>, acessado em 11 de junho de 2021).





Meta Um

Interromper permanentemente toda a transmissão de poliovírus em países endêmicos

Interromper a transmissão de WPV1 e cVDPV2 nos dois últimos países endêmicos é o principal objetivo do caminho para a erradicação global da poliomielite. Para interromper toda a transmissão do poliovírus no Afeganistão e no Paquistão, a GPEI planeja primeiro limitar a circulação aos reservatórios principais e corredores compartilhados de transmissão e depois interromper todos os poliovírus nos reservatórios até 2023, com a erradicação global de todos os poliovírus selvagens certificada até 2026. O programa progrediu em direção à interrupção do cVDPV2 e continuará a responder a eventos de escape de imunidade para interromper a transmissão do cVDPV2.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

O poliovírus nunca foi interrompido simultaneamente no Afeganistão e no Paquistão. Devido aos profundos laços sociais, culturais e econômicos e ao movimento populacional transfronteiriço em larga escala, o Afeganistão e o Paquistão representam um único bloco epidemiológico e ambos os países devem interromper a transmissão do poliovírus para que qualquer deles alcance e mantenha a erradicação. Após o surgimento do cVDPV2 em 2019, a diminuição da imunidade da mucosa tipo 2 e as lacunas nas atividades de imunização permitiram a disseminação do cVDPV2, e o Afeganistão e o Paquistão estão agora tendo cocirculação de WPV1 e cVDPV2. (Ver no **Anexo B** a situação epidemiológica atual.)

PROBLEMAS ATUAIS

No Afeganistão, a proibição da imunização de casa em casa resultou em mais de 1 milhão de crianças persistentemente não vacinadas nas áreas do sul pelas campanhas de vacinação contra a poliomielite desde maio de 2018. Como resultado, em 2019 e 2020, respectivamente, 90% e 75% dos casos de WPV1 do Afeganistão⁸ se originaram em áreas que hoje não são acessíveis para vacinação. Nas áreas acessíveis, o progresso é dificultado por vários fatores, principalmente campanhas de baixa qualidade devido ao planejamento insuficiente e questões de pessoal nos COEs nacionais e provinciais, bem como a falta de mecanismos de responsabilização rigorosos.

No Paquistão, o progresso foi impedido por uma combinação de fatores: complacência com o declínio de casos de 2015 a meados de 2018⁹, incluindo alguns meses sem um único caso; transições na liderança nacional e uma subsequente politização da poliomielite; um crescimento na hesitação vacinal; e um desalinhamento entre os novos problemas emergentes em áreas prioritárias e as abordagens de vacinação que eram mais adequadas em uma era passada. Além disso, a desinformação sobre vacinas e programas de vacinação circula amplamente pelas plataformas de mídia social, contribuindo para o aumento das taxas de recusa. O alcance da campanha foi impactado pelo engajamento inefetivo das populações marginalizadas em alto risco de poliomielite, especificamente as comunidades de língua pashto que representam 15%

⁸ Ver Grupo de Consultoria Técnica (TAG) sobre Erradicação da Poliomielite no Afeganistão, março de 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Afghanistan-TAG-Report-20210317-20.pdf>, acessado em 23 de agosto de 2021).

⁹ Ver Reunião do Grupo de Consultoria Técnica (TAG) sobre Erradicação da Poliomielite no Paquistão, fevereiro de 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Pakistan-TAG-Report-20210209-11.pdf>, acessado em 23 de agosto de 2021).

da população do país, mas carregam um fardo desproporcional (81%) dos casos de WPV do Paquistão nos últimos 10 anos⁹. Esse contexto difícil, em conjunto com as lacunas operacionais na provisão de vacinas, resultou no aumento dos casos de WPV1 e contribuiu para a disseminação do cVDPV2.

Em ambos os países, a pandemia da COVID-19 aumentou esses problemas. No início de 2020, a primeira onda da COVID-19 levou a restrições de movimento e à suspensão temporária das atividades da poliomielite entre março e julho. Durante essa pausa operacional, a qualidade da vigilância se deteriorou e as campanhas de imunização foram adiadas. Em 2021 e depois, a introdução das vacinas COVID-19 apresenta uma oportunidade de sinergizar as mensagens de imunização, mesmo que a epidemia de desinformação de vacinação (agora denominada “infodemia”) precise ser abordada para alcançar uma alta cobertura de vacinação.

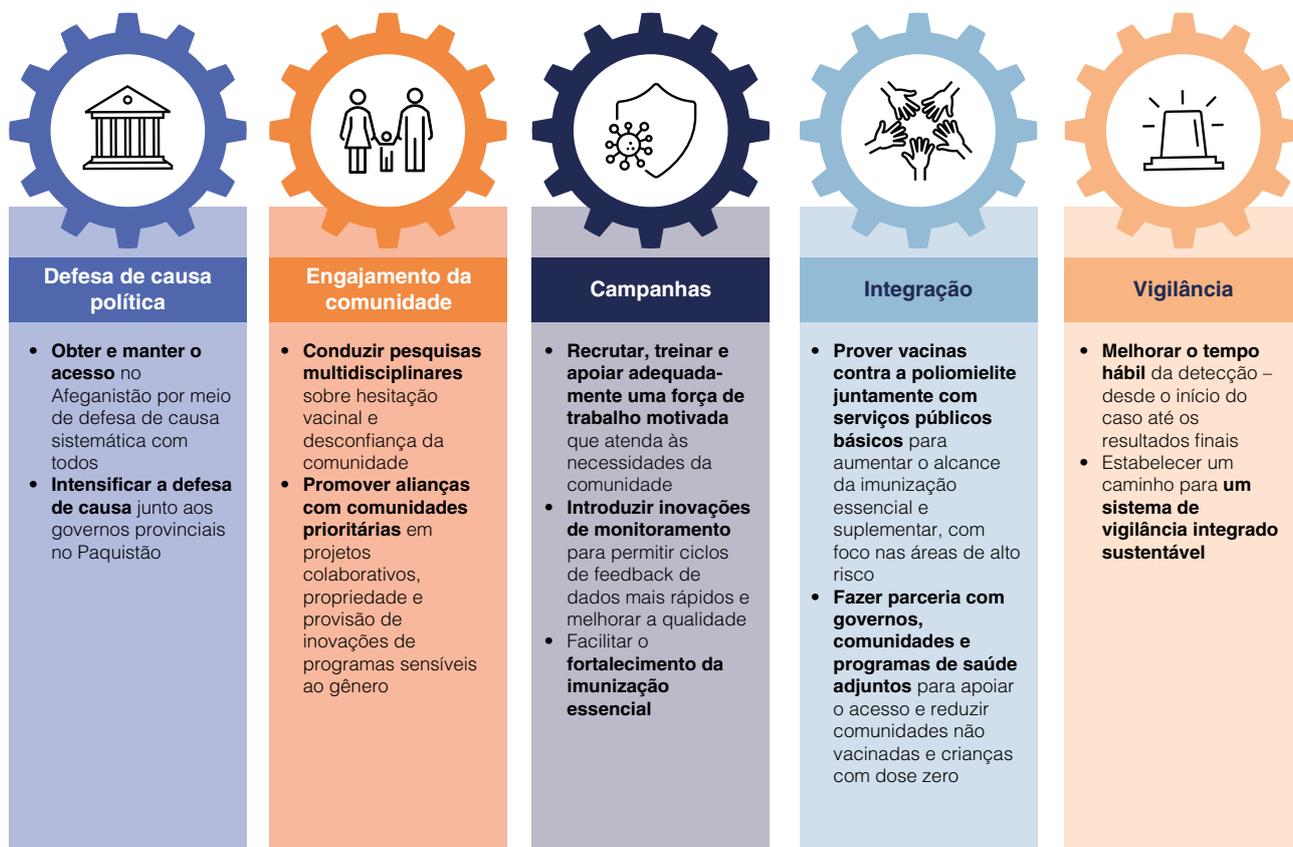
CAMINHO PARA INTERROMPER PERMANENTEMENTE TODA A TRANSMISSÃO DO POLIOVÍRUS EM PAÍSES ENDÊMICOS

A interrupção de toda a transmissão do poliovírus no Afeganistão e no Paquistão exigirá que governos nacionais, os programas nacionais, as agências de implementação da GPEI e os principais parceiros assumam uma postura de emergência. O UNICEF e a OMS continuarão a operar sob sua respectiva autoridade de declaração de emergência para agilizar a mobilização e a alocação de recursos, encurtar os processos de recursos humanos e implantação, e prover maior delegação de autoridade mais perto do campo.

O caminho para a erradicação (ver a **Figura 4**) exigirá:

- maior vontade política em todos os níveis de governo e com todos os atores locais por meio de um compromisso com o valor apolítico da erradicação da poliomielite;
- uma parceria profunda e duradoura com comunidades marginalizadas, especialmente aquelas que residem em distritos de maior risco de poliomielite;
- um programa que funcione bem com uma força de trabalho de linha de frente motivada e com pessoal adequado, que entregue consistentemente vacinas à porta de cada domicílio ou em todas as oportunidades em áreas onde o acesso domiciliar é restrito;
- uma abordagem integrada de prestação de serviços que priorize a imunização essencial e a prestação de outros serviços de saúde; e
- um investimento contínuo e uma melhoria da qualidade da vigilância e do tempo hábil de detecção.

Figura 4 – Objetivos estratégicos e atividades-chave da Meta Um



Ambiente favorável

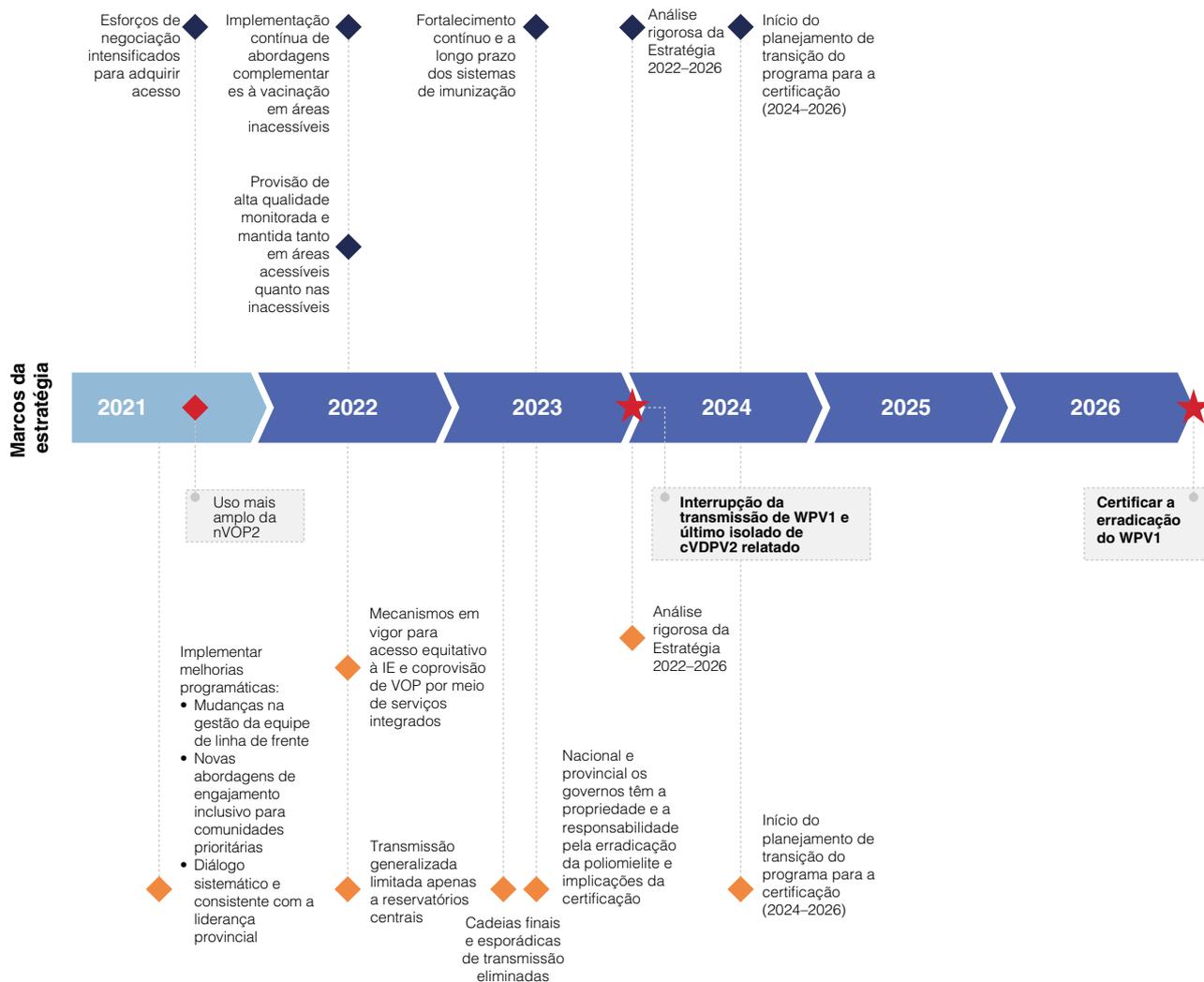
- **Aumentar a representatividade e o empoderamento das mulheres** em todos os níveis e em todas as áreas do programa
- **Prover assistência direcionada para programas nacionais** por meio do centro de integração da GPEI

Fonte: OMS.

Para garantir que ambos os países endêmicos permaneçam no caminho certo para a interrupção bem-sucedida (ver **Figura 5**), a GPEI monitorará de perto o progresso por meio de KPIs que priorizam a defesa de causa, o engajamento da comunidade e a integração da provisão da vacina contra a poliomielite com outros serviços desejados, juntamente com melhorias programáticas e operacionais focadas (ver **Esquema de monitoramento e avaliação** e o **Anexo F**).

Figura 5 – Marcos para interromper a transmissão do poliovírus no Afeganistão e Paquistão, 2021-2026

Afeganistão



Paquistão

Marcos conjuntos

cVDPV2 = poliovírus circulante derivado da vacina tipo 2; IE = imunização essencial; nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; VOP = vacina oral contra a poliomielite; WPV1 = poliovírus selvagem tipo 1.
 Fonte: OMS.

1. Criar urgência e responsabilização por meio da defesa de causa para gerar maior vontade política

Um foco renovado e uma abordagem evoluída para o engajamento das partes interessadas e a defesa de causa política serão fundamentais para alcançar a erradicação no Afeganistão e no Paquistão.

No Afeganistão, conflitos generalizados e insegurança interrompem as operações de campanha devido ao acesso restrito em localidades geográficas importantes. Essas barreiras para alcançar as crianças inacessíveis ao programa só serão resolvidas com o engajamento de todos os atores locais, diretamente ou por meio de intermediários, para negociar o acesso e alcançar amplo consenso de que a imunização contra a poliomielite é apolítica e que todas as crianças, independentemente de onde residam, merecem proteção contra a poliomielite. Dadas as incertezas em relação à atual situação política subnacional, o programa de poliomielite utilizará proativamente todos os meios e oportunidades para alcançar as crianças que residem em áreas inacessíveis aos vacinadores domiciliares.

No Paquistão, o sucesso do programa depende do aumento da participação do governo na prestação de serviços de poliomielite. O governo tem a capacidade de garantir a cobertura nacional de vacinação, mas a poliomielite não é mais uma prioridade de saúde pública, principalmente em nível distrital e provincial onde reside a autoridade de tomada de decisão em saúde. A reconstrução de um compromisso com a erradicação da poliomielite requer um diálogo sistemático com a liderança nacional e provincial e outras partes interessadas influentes. O programa usará todas as oportunidades disponíveis para garantir que a erradicação da poliomielite continue sendo uma prioridade de saúde pública para o governo, incluindo a Força-Tarefa Nacional presidida pelo Primeiro-Ministro, as Forças-Tarefa Provinciais presididas pelos ministros-chefes provinciais e por meio do engajamento direto de líderes mundiais e do POB em todos os fóruns apropriados. A GPEI também continuará a fornecer apoio total ao programa do governo e do país, inclusive por meio de Planos Nacionais de Ação de Emergência (NEAPs)¹⁰.

Propriedade do governo na Nigéria

Em 18 de junho de 2020, depois de responder aos problemas relacionados à insegurança, inacessibilidade, hesitação vacinal e sistemas de saúde enfraquecidos, a Nigéria foi declarada livre do poliovírus selvagem. Um elemento-chave para o sucesso do país foi a propriedade e o engajamento do governo.* Os chefes de estado nigerianos desempenharam um papel visível e ativo, inclusive lançando campanhas nacionais nas quais vacinaram seus próprios netos na televisão. As contribuições financeiras nacionais sinalizaram o firme compromisso do governo. Entre 2011 e 2019, a Nigéria contribuiu com US\$ 190 milhões por meio de fundos de empréstimos e apoio do contribuinte para as demandas de recursos financeiros do país sob a GPEI.† Em um grande país federado, era necessário haver compromisso em nível estadual. Todos os 36 governadores assinaram um acordo comprometendo-se a prover liderança,‡ reunindo-se regularmente para analisar o progresso em relação a um forte esquema de monitoramento e responsabilização. Esse compromisso do estado foi ampliado ainda mais pelos líderes comunitários que defenderam a erradicação da poliomielite.

* Vaz RG, Mkanda P, Nsubuga P, Ado M, Etsano A. Melhores práticas da Iniciativa de Erradicação da Poliomielite (PEI) na Nigéria com apoio da OMS. J. Infect. Dis. 2016;213(suppl_3): S65-S66 (https://academic.oup.com/jid/issue/213/suppl_3, acessado em 11 de junho de 2021).

† Ver Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Contribuições Históricas, 1985-2019 (<https://polioeradication.org/financing/donors/historical-contributions>, acessado em 11 de junho de 2021).

‡ Ver a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Compromissos de Abuja para Erradicação da Poliomielite na Nigéria (<https://polioeradication.org/tools-and-library/policy-reports/declarations-and-resolutions>, acessado em 11 de junho de 2021).

Principais áreas de evolução

A restauração da postura de emergência necessária para interromper a transmissão exigirá o restabelecimento da poliomielite como uma prioridade de saúde pública para gerar um foco renovado dos governos nacionais e provinciais e das partes interessadas em todos os níveis nos dois países. Para priorizar a erradicação da poliomielite e criar urgência e responsabilização para gerar maior vontade política, a GPEI vai:

- adotar uma abordagem proativa e estratégica para abrir o diálogo com todas as partes interessadas – desde o nível nacional e provincial até as comunidades locais – a fim de desenvolver relacionamentos pessoais, aumentar a confiança e desenvolver uma melhor compreensão dos benefícios de um programa efetivo da poliomielite;
- explorar todas as opções para lidar com a proibição de vacinações domiciliares, incluindo a negociação de opções intermediárias de vacinação (embora menos efetivas), como vacinas de mesquita em mesquita, de local a local e de ponto de trânsito permanente expandido;
- estabelecer um fluxo de trabalho específico sobre defesa de causa política com capacidade de recursos humanos para apoiar os países e de coordenação regional e global, quando necessário. O centro de integração da GPEI ajudará os países a realizar o mapeamento das partes interessadas, rastreando o alcance e consolidando as informações. O centro também fará a ligação com a defesa de causa política da GPEI e com grupos de comunicação global e facilitará a experiência multidisciplinar (social, política, econômica) de fora da GPEI a fim de desenvolver novas abordagens que fortalecerão os laços com as principais partes interessadas e se comunicarão melhor com públicos específicos; e

¹⁰ Os Planos de Ações Emergenciais Nacionais estão disponíveis no site GPEI por intermédio das páginas dedicadas dos países referentes ao Afeganistão e ao Paquistão (<https://polioeradication.org/where-we-work/afghanistan> e <https://polioeradication.org/where-we-work/pakistan>, ambos acessados em 11 de junho de 2021).

- utilizar plataformas regionais e nacionais para angariar apoio mais amplo para a erradicação da poliomielite. Em nível regional, o novo Subcomitê Regional Ministerial do Mediterrâneo Oriental para Erradicação e Surtos de Poliomielite desempenhará um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção do compromisso regional com o programa da poliomielite. Os esforços de comunicação regionais, nacionais e subnacionais também desenvolverão e manterão um ambiente favorável ao esforço de erradicação, bem como apoiarão o diálogo e o engajamento contínuos com as comunidades para minimizar os riscos relacionados à comunicação e gerar demanda de vacinas.

Em conjunto, essas mudanças fornecerão à GPEI maiores oportunidades para transmitir o valor dos recursos e infraestrutura da poliomielite a outras prioridades de saúde e explorar os melhores mecanismos para defender a causa do financiamento interno e fortalecer a responsabilização do governo.

Como é o sucesso

Desfecho 1: Maior propriedade nacional na forma de declarações e compromissos políticos exibidos através da frequência e regularidade das reuniões da Força-Tarefa Nacional presididas pelo chefe de estado ou governo e a frequência e a regularidade das reuniões da Força-Tarefa Provincial presididas pela liderança do governo em nível provincial; e uma redução no número de crianças que permanecem inacessíveis no Afeganistão.

Desfecho 2: Maior propriedade do governo provincial e local demonstrada por pessoal qualificado no local para agir rapidamente e nas localidades certas, e preenchimento das vagas em cargos-chave dentro de três meses. A disponibilidade de cargos sancionados para o pessoal necessário em nível provincial e em todas as áreas de alto risco em nível distrital e subdistrital e a proporção desses cargos preenchidos serão usados para avaliar o progresso.

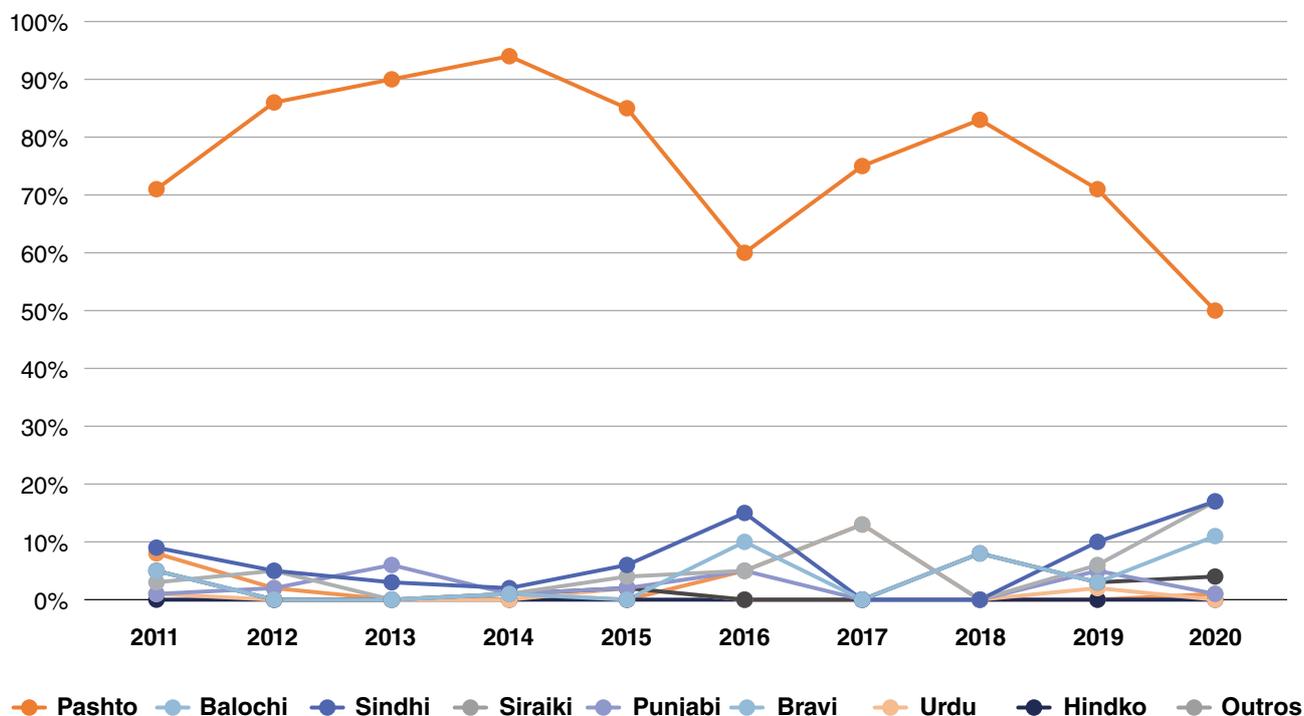


2. Gerar aceitação da vacina por meio do engajamento da comunidade adaptado ao contexto

A GPEI superará a hesitação e gerará aceitação da vacina desenvolvendo uma melhor compreensão das barreiras culturais e sociais e outros fatores-chave que influenciam a decisão dos cuidadores e desenvolvendo parcerias significativas com as comunidades de alto risco desproporcionalmente afetadas pela poliomielite. Com base na experiência em ciência comportamental, num desenho de projeto centrado no ser humano, na análise interseccional de gênero e em vários impulsionadores de mudança social, o programa desenvolverá e implantará novas abordagens para reforçar a vacinação como importante norma social e prática de cuidado familiar. Ao fazer parcerias com comunidades e estruturas de governança locais e usar estratégias de vacinação adaptadas ao contexto, o programa facilitará melhores oportunidades de saúde para as crianças, ao mesmo tempo em que atinge a meta de erradicação global da poliomielite.

As comunidades de língua pashto no Afeganistão e no Paquistão foram responsáveis por uma porcentagem desproporcionalmente maior de casos de WPV1 do que outros grupos etnolinguísticos (ver a **Figura 6** para casos no Paquistão). Embora essas comunidades representem uma carga de poliomielite mais alta, elas também são numerosas e diversas – com seu risco relativo de poliomielite distribuído de forma desigual em diferentes áreas, localidades e contextos. Como muitas comunidades pashto residem e viajam junto à fronteira comum entre o Afeganistão e o Paquistão e muitas foram deslocadas devido a turbulências políticas, o estabelecimento de uma parceria robusta com essas comunidades será fundamental para alcançar a erradicação da poliomielite nos dois países.

Figura 6 – Tendências na proporção de casos de WPV por grupo linguístico no Paquistão, 2011-2020



Fonte: Iniciativa de Erradicação da Poliomielite no Paquistão, Plano Nacional de Ação de Emergência 2021-2022.

Principais áreas de evolução

Para gerar aceitação da vacina, o programa deve primeiro identificar em nível granular as dinâmicas que levam à hesitação e resolvê-las por meio de comunicação sustentada, engajamento e construção de alianças. Os programas nacionais vão:

- expandir o uso de dados sociais, ciência comportamental, intervenções comportamentais e análise de mídia social para informar estratégias de comunicação “on” e “off-line” e desenvolver novas abordagens digitalmente integradas e adaptadas ao contexto, contribuindo assim para um ambiente mais favorável;
- investir no fortalecimento das competências de comunicação dos profissionais e supervisores da linha de frente, com ênfase no aprimoramento das habilidades interpessoais, mentoria, motivação e supervisão de apoio, focados em estabelecer credibilidade e *rapport* junto à população. O treinamento do profissional da linha de frente será responsivo às necessidades locais e orientado por dados sociais para abordar questões e problemas específicos da comunidade;
- trabalhar com influenciadores em comunidades de língua pashto, incluindo parteiras tradicionais e grupos de mulheres, para criar uma abordagem multidisciplinar e centrada na comunidade pashto que visa entender os comportamentos de busca de saúde das gestantes das comunidades carentes e oferecer a vacinação contra a poliomielite como apoio para suas atividades mais amplas de puericultura. Os métodos que serão seguidos incluem a construção participativa de conhecimento e o projeto de programas que agregam informações etnográficas, demográficas e de saúde sensíveis ao gênero;
- instituir uma mudança de paradigma para o engajamento prioritário da comunidade por meio da criação de Comitês Comunitários de Imunização, nos quais os membros da comunidade possam interagir diretamente com o programa, contribuir para o planejamento de campanhas e transmitir necessidades de saúde mais amplas que possam ser exploradas para a elaboração de pacotes de serviços integrados. Intervenções direcionadas além da imunização e da saúde serão buscadas em áreas com níveis persistentemente altos de desconfiança. Para garantir a propriedade e a coimplementação de quaisquer iniciativas, as análises serão realizadas em estreita coordenação com as equipes da linha de frente e os Comitês de Imunização da Comunidade. Sempre que possível, os Comitês de Imunização da Comunidade serão desenvolvidos em coordenação com os mecanismos existentes, como *shuras* (comitês) de saúde e comitês de desenvolvimento rural; e
- capitalizar em recursos técnicos do setor privado trabalhando com entidades que estão comprometidas com o impacto social e demonstraram experiência com comunidades de língua pashto. Essas entidades, que incluem instituições acadêmicas e sociais, laboratórios de ideias, setor corporativo, empresas familiares, *start-ups* e organizações locais sem fins lucrativos, podem fornecer novas perspectivas e diagnósticos alternativos de barreiras à aceitação de vacinas.

Além disso, em coordenação com o governo e os parceiros de desenvolvimento, a GPEI trabalhará para se tornar um aliado efetivo dessas comunidades, defendendo maiores compromissos na prestação de serviços básicos de saúde (ver a **seção 4 abaixo**).

Como é o sucesso

Desfecho 1: Aumento da conscientização da campanha antes de todas as campanhas de imunização, garantindo que pelo menos 90% dos domicílios estejam cientes da campanha antes das visitas das equipes de vacinação.

Desfecho 2: Melhor aceitação da vacina nas áreas subnacionais prioritárias e maior participação da comunidade nas campanhas de imunização resultando em um aumento na proporção de profissionais locais femininas na linha de frente servindo como vacinadoras e supervisoras de área, em conformidade com as medidas da GPEI para proteção e salvaguarda contra exploração e abuso sexual (PSEA), ajudando para que haja um declínio geral na hesitação vacinal em distritos de alto risco.

Desfecho 3: Aumento do uso de abordagens inovadoras para melhorar o engajamento da comunidade (incluindo pesquisa de mudança social e de comportamento, análise e projeto de campanha) demonstrado por meio de soluções projetadas e implementadas localmente em campanhas essenciais de imunização e poliomielite.

Potencial transformador: o papel da equidade de gênero na erradicação

No Afeganistão e no Paquistão, recrutar, treinar e reter mulheres como vacinadoras, mobilizadoras comunitárias e agentes de vigilância é uma prioridade para a GPEI e é considerado essencial para o sucesso da campanha, pois o acesso às crianças depende frequentemente da presença de profissionais de saúde do sexo feminino. Para que essa estratégia funcione, o Grupo Técnico Consultivo (TAG) para o Afeganistão e Paquistão fornecerá regularmente recomendações para garantir que os programas nacionais sejam mais sensíveis ao gênero em seu planejamento e implementação.*

* Para mais informações, ver os relatórios de reunião referentes ao Paquistão e ao Afeganistão (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Pakistan-TAG-Report-20210209-11.pdf> e <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Afghanistan-TAG-Report-20210317-20.pdf>, ambos acessados em 14 de junho de 2021) de fevereiro e março de 2021, respectivamente. Ver também os NEAPs que podem ser acessados por intermédio das páginas da GPEI dedicadas aos países referentes ao Afeganistão e ao Paquistão (<https://polioeradication.org/where-we-work/afghanistan> e <https://polioeradication.org/where-we-work/pakistan>, ambos acessados em 14 de junho de 2021).

3. Melhorar o sucesso da linha de frente por meio de alterações nas operações da campanha

A erradicação da poliomielite depende, em última análise, da provisão de vacinação de alta qualidade por meio da administração de vacinas contra a poliomielite na imunização essencial e nas atividades de imunização suplementar (SIAs) por profissionais de linha de frente capazes e motivados que atinjam todos os meninos e meninas da idade apropriada com vacinas apropriadas. Em áreas onde a cobertura vacinal essencial é inadequada, as SIAs são os meios pelos quais a GPEI aumentou a cobertura vacinal contra a poliomielite e fez progressos na erradicação da poliomielite. No entanto, as lacunas operacionais e o pessoal desmotivado nos programas de países endêmicos contribuíram para uma qualidade de campanha abaixo do ideal. Essas lacunas não se limitam às áreas de alto risco e reservatórios centrais, mas são mais sistêmicas, impactando muitas campanhas. O sucesso da erradicação requer que sejam abordadas essas lacunas que permaneceram não resolvidas em áreas fora dos reservatórios centrais.

Principais áreas de evolução

Para melhorar a qualidade da campanha, a GPEI melhorará a provisão do programa de linha de frente e abordará os problemas operacionais. Os programas nacionais vão:

- garantir que os vacinadores e supervisores certos estejam disponíveis para cada comunidade, recrutando, treinando e retendo pessoal proveniente da comunidade local, que fale o dialeto local e seja preferencialmente do sexo feminino, incluindo mulheres mais idosas que muitas vezes transmitem experiências que podem influenciar positivamente os cuidadores;
- criar um ambiente de apoio para os profissionais da linha de frente, garantindo que eles tenham os suprimentos, instalações e apoio de segurança necessários para realizar seu trabalho e sejam bem treinados, inclusive em competências administrativas “soft” como formação de equipes, gestão e comunicação interpessoal que contribuem para seu desenvolvimento profissional, aumentando assim a motivação;
- reformular o treinamento e as orientações sobre microplanejamento adequado e apoiar os esforços do governo em adotar tecnologias impactantes, incluindo mapeamento digital; e
- garantir processos de análise regulares e efetivos que identifiquem e resolvam problemas no nível apropriado.

Para impulsionar essas mudanças, o programa fortalecerá os mecanismos de monitoramento de campanha. A GPEI ajudará e acelerará os esforços do governo em adotar ferramentas digitais que simplifiquem a coleta de dados, forneçam maior precisão e permitam feedback mais rápido e orientado por dados para identificar lacunas no microplanejamento e melhorar a qualidade da campanha. Por meio desses esforços, serão fornecidos dados oportunos aos tomadores de decisão em todos os níveis do programa.

Dever de cuidado: proteger as comunidades e os profissionais da poliomielite

“Salvaguardar” significa adotar todas as medidas razoáveis para prevenir morte e agressões, incluindo exploração, abuso e assédio sexual; proteger as pessoas, de modo especial os adultos e as crianças vulneráveis, dessas agressões; e responder adequadamente quando a agressão ocorrer. Na erradicação da poliomielite, isso se aplica à segurança e bem-estar das comunidades afetadas pela poliomielite e dos profissionais da poliomielite, com atenção especial às necessidades das mulheres e das comunidades onde elas trabalham.

De acordo com a declaração do POB de 2018, a GPEI se concentrará em três linhas de trabalho para prevenir e abordar a exploração e o abuso sexual:

- (1) política por meio de análise rápida das políticas e padrões existentes no nível do país;
- (2) operações para garantir o apoio aos sobreviventes, aumentar a responsabilização e a transparência, fortalecer as notificações e combater a impunidade; e
- (3) mudança cultural e capacitação para promover a mudança cultural e fortalecer a capacidade organizacional (incluindo a capacitação dos parceiros de implementação) de modo a atender aos padrões mínimos de prevenção e resposta à exploração e abuso.

Como é o sucesso

Desfecho 1: Melhoria da qualidade de campanha, particularmente para reduzir crianças persistentemente não vacinadas (evidenciadas por dados desagregados por idade e sexo) em SIAs, demonstrado por meio de um aumento na proporção de microplanos desenvolvidos por meio de oficinas integradas [incluindo PAI; saúde materna, neonatal, infantil e adolescente (MNCIAH)]; sistemas de comunicações e informações geográficas (GIS)] aproveitados de uma forma sensível ao gênero; e campanhas que atingem pelo menos 90% de cobertura [com base na amostragem de garantia de qualidade do lote (LQAS) e/ou monitoramento intracampanha (ICM)].

4. Acelerar o progresso por meio de esforços de integração expandidos e parcerias unificadas

Os recursos da poliomielite no Afeganistão e no Paquistão têm sido usados para realizar campanhas de imunização multiantígenos e outras intervenções fundamentais de saúde, incluindo a distribuição de vitamina A e medicamentos antiparasitários e a disseminação de mensagens de saúde materno-infantil. A equipe de erradicação da poliomielite enviada ao campo forneceu apoio de campanha para metas mais amplas de imunização, vigilância de doenças epidêmicas e imunopreveníveis e resposta a outros surtos e emergências de saúde, mais recentemente durante a pandemia da COVID-19. Embora o apoio à poliomielite tenha ajudado as metas de saúde local e metas mais amplas de imunização, a assistência muitas vezes tem sido baseada em necessidades e específica de incidentes.

A GPEI desenvolverá uma abordagem mais ampla, sistemática e multissetorial para a prestação de serviços integrados com foco especial nas comunidades carentes das áreas de alto risco. Especificamente, nos distritos de alto risco do Afeganistão e nas comunidades prioritárias do Paquistão, a GPEI cofinanciará a prestação de serviços integrados e utilizará investimentos em todo o setor de saúde para abordar uma cobertura de imunização essencial persistentemente baixa. Além disso, como parte da implementação da visão global de imunização delineada na AI2030 e na Gavi 5.0¹¹, a GPEI apoiará os esforços realizados no Afeganistão e no Paquistão em fortalecer os programas de imunização com foco na APS para alcançar crianças com dose zero com todas as vacinas, incluindo as vacinas contra a poliomielite. A GPEI também está comprometida a apoiar a vigilância e a implementação das vacinas contra COVID-19 em 2021 e depois¹².

Principais áreas de evolução

No Afeganistão e no Paquistão, as áreas com maior risco de poliomielite têm a maior concentração de crianças com dose zero para poliomielite e outras VPD. Nas áreas inacessíveis do Afeganistão, onde as campanhas domiciliares são proibidas, e nas áreas acessíveis do Paquistão com altas taxas de recusa, a prestação de serviços integrados se tornará um eixo central da estratégia. Ao integrar as vacinas contra a poliomielite em um pacote mais amplo de saúde e serviços relacionados que expressem as necessidades da comunidade, o programa restaurará a confiança, obterá acesso e aumentará a aceitação da vacina. Além disso, a estreita colaboração com organizações não-governamentais (ONGs), como o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e outras entidades privadas respeitáveis, ajudará a entender e responder aos fatores subjacentes à recusa de vacinas, ajudando assim a reduzir crianças com dose zero.

Para apoiar a imunização contra a poliomielite e outros esforços de VPD, o programa vai:

- fornecer assistência operacional e financiamento para a provisão conjunta de bVOP em atividades de imunização essencial;
- aumentar o acesso e a utilização de serviços de imunização essencial, apoiando a vacina oral contra a poliomielite (VOP) na dose ao nascimento nas unidades de saúde, integrando microplanos operacionais, aprimorando a supervisão de apoio e monitorando as atividades de extensão de serviço, harmonizando a mobilização social e os esforços de promoção da saúde e usando novas tecnologias (tais como pagamento móvel e GIS) para apoiar as operações, quando necessário;
- rastrear e acompanhar crianças com dose zero da vacina contra poliomielite e analisar a cobertura da dose da VOP ao nascimento;
- apoiar o esquema de M&A em todas as atividades de imunização e unificar as abordagens analíticas de dados e processos de análise, incluindo o uso de tecnologia para fornecer cobertura de vacinação granular e dados de dose zero; e
- mais amplamente, garantir que os objetivos estratégicos do programa de erradicação da poliomielite sejam expressos em investimentos mais amplos em PAI e fortalecimento do sistema de saúde (HSS).

Para identificar intervenções que atendam às necessidades mais amplas das comunidades e sejam codesenvolvidas por meio de seu engajamento ativo e parceria, o programa defenderá a causa da prestação de serviços básicos junto aos governos nacionais e locais e coordenará com os parceiros o alinhamento do apoio operacional e do financiamento para essas atividades direcionadas. Um esquema de tomada de decisão orientará os países através da avaliação de oportunidades e atividades de integração (ver **Anexo D**)¹³. Para apoiar os programas dos países, a GPEI também realizará um mapeamento abrangente e transparente de partes interessadas dos possíveis parceiros de integração entre as ONGs e programas adjuntos e correlacionados de saúde e desenvolver uma política de engajamento orientada para a ação que fornecerá atualizações regulares baseadas em evidências para os mais altos níveis do governo.

¹¹ Agenda de Imunização 2030: Uma estratégia global para não deixar ninguém para trás (AI2030). Imunizações, Vacinas e Biológicos da OMS (IVB) Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>, acessado em 10 de junho de 2021). 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>, acessado em 14 de junho de 2021).

¹² Para obter mais informações, ver Contribuições da rede da poliomielite para a resposta à COVID-19: transformar o problema em oportunidade na transição da poliomielite. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/contributions-of-the-polio-network-to-the-covid-19-response-turning-the-challenge-into-an-opportunity-for-polio-transition>, acessado em 14 de junho de 2021).

¹³ As principais áreas subnacionais com alto risco de poliomielite foram definidas pelos programas nacionais dos países endêmicos e incluem a região sul do Afeganistão e os distritos centrais do reservatório no Paquistão. Estas estão sujeitas a alterações, com base na epidemiologia.

Como é o sucesso

Desfecho 1: Serviços integrados adaptados a um contexto comunitário e providos com uma lente de gênero em localidades geográficas específicas (tal como NEAPs), conforme demonstrado através da implementação de um pacote de serviços integrados nas áreas de alto risco.

Desfecho 2: Alinhamento entre os objetivos da poliomielite e da imunização resultando em investimentos em HSS e PAI que expressem os objetivos estratégicos do programa da poliomielite, e a poliomielite contribui para a AI2030 e as metas de vacinação do país para reduzir crianças de dose zero, demonstrada através da proporção de campanhas multiantígenos.

Desfecho 3: Apoio contínuo a iniciativas de saúde pública globais e nacionais mais amplas como um caminho para uma transição de programa bem-sucedida, demonstrado por meio de um aumento na quantidade de investimentos em APS nos distritos de alto risco em países endêmicos e contribuições do pessoal apoiado pela poliomielite na resposta à COVID-19.



5. Melhorar a detecção e a resposta por meio de vigilância sensível

Em contraste com as atividades de imunização que são restritas em partes do Afeganistão, o sistema de vigilância do poliovírus tem acesso em todos os distritos e funciona bem no Afeganistão e no Paquistão. Os dois países têm um forte sistema de vigilância de paralisia flácida aguda (PFA) e uma extensa rede de locais de vigilância ambiental (VA) que são complementados por amostragem de contato de rotina e amostragem ocasional de crianças saudáveis.

A sensibilidade do sistema de vigilância em nível subnacional e em áreas de difícil acesso, no entanto, mostra evidências de lacunas na detecção. Nos últimos dois anos, o número e a proporção de vírus órfãos (cadeias de transmissão não detectadas em tempo hábil) aumentaram. Estes estão agrupados em áreas com movimentos regulares de população nômade e migrações sazonais no sul do Afeganistão e no centro do Paquistão. A disseminação da COVID-19, os *lockdowns* resultantes e as mudanças no comportamento de busca de saúde também resultaram em um declínio transitório no número de casos de PFA relatados.

A GPEI abordará essas lacunas e utilizará ao máximo as inovações tecnológicas e novos métodos de detecção para melhorar ainda mais a qualidade, a sensibilidade e o tempo hábil da vigilância em nível subnacional¹⁴.

Principais áreas de evolução

Para melhorar a qualidade da vigilância, a GPEI fechará as lacunas de vigilância subnacionais em todos os distritos com baixo desempenho enquanto trabalha para fornecer melhorias incrementais em todo o sistema. Nos dois países endêmicos, o programa vai:

- melhorar a vigilância da PFA em distritos com baixo desempenho, concentrando-se na melhoria da vigilância ativa e aumentando o uso da vigilância baseada na comunidade em áreas de difícil acesso;
- apoiar a expansão da VA no Afeganistão enquanto otimiza o tamanho da rede de VA no Paquistão;
- encurtar o período de tempo desde o início dos sintomas de um caso de PFA até a disponibilidade dos resultados finais:
 - buscar ganhos em todas as etapas do processo entre o início do caso e a chegada da amostra ao Laboratório de Referência Regional; e
 - diminuir substancialmente o tempo entre a chegada da amostra no laboratório e os resultados finais, implementando a detecção direta e outras tecnologias novas para detecção e caracterização precoce de vírus;
- expandir os sistemas de vigilância baseados na internet atualmente em uso para melhorar a qualidade e a precisão dos dados, mudando todas as ferramentas de coleta de dados em papel e em nível de campo restantes para um formato eletrônico;
- estabelecer uma estratégia nacional de capacitação em vigilância que ofereça treinamentos nacionais e subnacionais regulares para mitigar o desgaste de pessoal;
- intensificar a integração da vigilância de VPD no plano de trabalho de vigilância da poliomielite¹⁵, começando com COVID-19 e sarampo, em coordenação com os escritórios de vigilância e resposta a doenças em nível nacional sob a liderança dos COEs nacionais e provinciais; e
- assegurar uma análise mensal da vigilância em nível subnacional e uma análise trimestral do desempenho da vigilância em nível do país; adotar atividades de supervisão, monitoramento e supervisão nacionais e subnacionais auto-reforçadas que ofereçam oportunidades para avaliação contínua do sistema, treinamento e orientação do pessoal e (de modo importante) dados para resposta rápida.

Como é o sucesso

Desfecho 1: Implementação global consistente de padrões de vigilância, com foco nos distritos prioritários para a poliomielite medidos através da proporção de distritos que atendem aos padrões de vigilância da PFA e da proporção de locais de VA que atendem aos limites de alta sensibilidade.

Desfecho 2: Maior velocidade de detecção e precisão do sistema de vigilância demonstrada em (pelo menos) 80% dos casos com coleta adequada de amostras de fezes desagregadas por sexo e uma proporção de WPVs e poliovírus derivados de vacinas (VDPVs) que relatam os resultados laboratoriais finais dentro de 35 dias desde o início, nos casos de PFA ou coleta de amostra de VA.

¹⁴ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite, 2018-2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-EN-1.pdf>, acessado em 14 de junho de 2021). Revisão em desenvolvimento.

¹⁵ Ver as recomendações sobre vigilância contidas na Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Reunião do Grupo de Consultoria Técnica (TAG) sobre Erradicação da Poliomielite no Paquistão. Genebra: Organização Mundial da Saúde; junho de 2020; p. 15 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Pakistan-TAG-Report-de-junho-de-2020-FV.pdf>, acessado em 14 de junho de 2021).



Meta Dois

Interromper a transmissão de cVDPV e prevenir surtos em países não endêmicos

Até 2026, o GPEI planeja alcançar a interrupção do cVDPV2 e a validação da ausência de cVDPV2 em todos os países atualmente com surtos, mudando para uma estrutura de gerenciamento de emergência com funções e responsabilização claramente definidas, desenvolvendo e implementando um esquema abrangente de responsabilização, aumentando a propriedade do governo por meio da defesa de causa política, e fortalecendo as capacidades regionais e nacionais para vigilância sensível e resposta rápida e de alta qualidade. Serão buscadas ferramentas e métodos inovadores, bem como novas parcerias, para reforçar as operações de resposta a surtos.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

Em abril de 2016, após a declaração de erradicação do WPV tipo 2 em 2015, foi implementada uma mudança global da vacina oral trivalente contra a poliomielite (tVOP) para uma bVOP contendo apenas o tipo 1 e o tipo 3 de modo a remover todas as vacinas vivas atenuadas do tipo 2 e seus riscos associados. Embora essa retirada coordenada tenha sido precedida pela introdução de uma dose de vacina inativada contra a poliomielite (VIP) nos calendários nacionais de imunização e intensificado os esforços para aumentar a imunidade da população contra o tipo 2, esses esforços não foram bem-sucedidos ou oportunos em muitos países, criando lacunas na imunidade contra o tipo 2.

Além disso, as respostas aos surtos esperados de cVDPV2 foram de qualidade desigual, usaram substancialmente mais vacina oral monovalente contra poliomielite tipo 2 (mVOP2) do que o planejado e resultaram em consideravelmente mais emergências de poliovírus derivado de vacina tipo 2 (VDPV2) e de surtos de cVDPV2 do que o previsto. Desde a mudança, surgiram 64 surtos de cVDPV2, espalhando-se para 33 países em quatro regiões e resultando coletivamente em 1.572 casos de poliomielite parálitica ao longo de 2020.¹⁶ Em 2020, houve 1.051 casos de cVDPV2 detectados em 29 países, dos quais 14 países foram afetados pela primeira vez em 2020¹⁶.

O recente aumento de casos foi impulsionado por surtos crescentes no Afeganistão, Paquistão, Chade e Costa do Marfim, que coletivamente representam 59% do total de casos relatados em 2020. A pausa relacionada à COVID-19 nas campanhas de poliomielite, de março a julho de 2020, juntamente com as interrupções relacionadas às atividades de imunização essencial e de recuperação (*catch-up*) da VIP, também levou a um aumento na transmissão. No início de 2021, os riscos associados à disseminação de surtos de cVDPV2 em andamento aumentaram, pois os surtos crescentes ameaçavam grandes populações sem imunidade tipo 2. (Ver no **Anexo B** a situação epidemiológica atual.)

DESAFIOS ATUAIS

A disseminação e a continuação dos atuais surtos de cVDPV2 são impulsionadas por vários fatores, principalmente o declínio da imunidade da mucosa ao vírus tipo 2 em crianças nascidas após a baixa cobertura de imunização essencial com VIP; padrões de migração regional que permitem que o vírus salte de uma

¹⁶ A GPEI fornece atualizações semanais sobre a epidemiologia global dos poliovírus circulantes derivados de vacinas, que podem ser acessadas on-line (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus>).

população para outra; atrasos na detecção de cVDPV2 surtos; abrangência limitada das SIAs devido à disponibilidade limitada de estoque global de vacinas; implementação atrasada das respostas a surtos; e SIAs de qualidade variável na resposta a surtos. Quando são realizadas campanhas mVOP2 de grande alcance e qualidade desigual nessas situações, aumenta o risco de se semear novas emergências nas áreas com baixa cobertura e nas áreas limítrofes às zonas de resposta, prolongando assim o ciclo¹⁷. Prioridades dos países e doadores concorrentes, compromisso político limitado e a falta de responsabilização tanto dos países quanto dos parceiros da GPEI fazem com que esses problemas sejam mantidos.

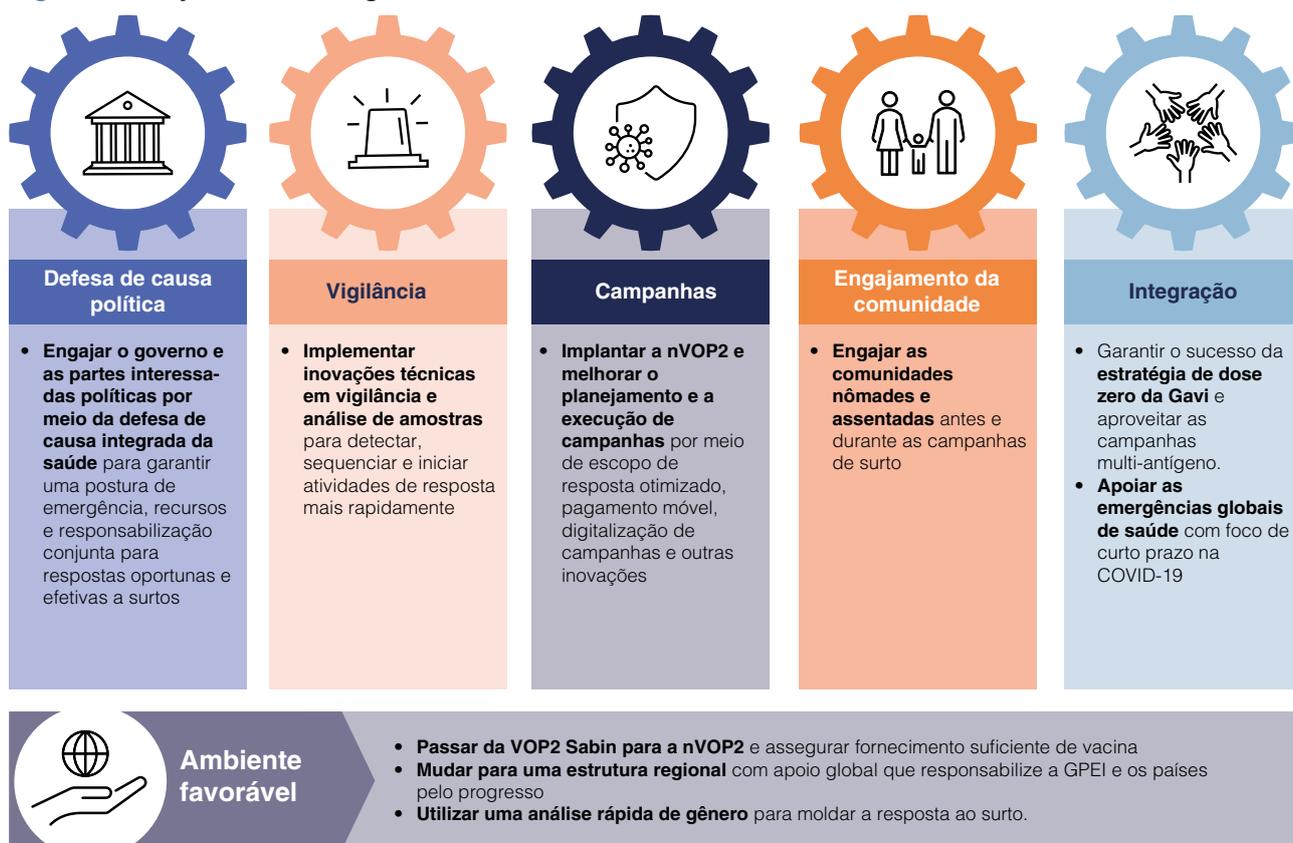
CAMINHO PARA INTERROMPER A TRANSMISSÃO DE cVDPV2 E EVITAR SURTOS EM PAÍSES NÃO ENDÊMICOS

A GPEI trabalhará em caráter de emergência para garantir a detecção rápida de casos e uma forte resposta a surtos para interromper rapidamente a transmissão de cVDPV2 e minimizar o risco de semear novas emergências. A chave para uma resposta bem-sucedida é manter uma vigilância sensível para detectar rapidamente qualquer poliovírus, seguida por campanhas de resposta rápida com qualidade suficiente para alcançar altos níveis de cobertura vacinal ligados a fortes serviços essenciais de imunização para minimizar o risco de um poliovírus e restabelecer um ponto de apoio.

Novas abordagens para interromper a transmissão do cVDPV2 (ver **Figura 7**) incluem:

- defesa de causa política direcionada e coordenada em países com surtos para vincular a preparação e resposta ao surto de poliomielite às prioridades de saúde mais amplas do país;
- estruturas de comando de emergência para resposta em nível nacional, regional e global para uma rápida tomada de decisão durante a detecção e resposta a surtos;
- maior capacidade regional e nacional para apoiar a vigilância e a resposta a surtos;
- implantação da nVOP2 para minimizar a propagação de surtos e outras novas ferramentas, abordagens e parceiros para melhorar a vigilância, velocidade e qualidade da resposta a surtos e engajamento da comunidade; e
- forte coordenação com o PAI e parceiros de imunização essencial no país para identificar comunidades com dose zero e sub-imunizadas em localidades geográficas com prioridade em relação à poliomielite.

Figura 7 – Objetivos estratégicos e atividades-chave da Meta Dois



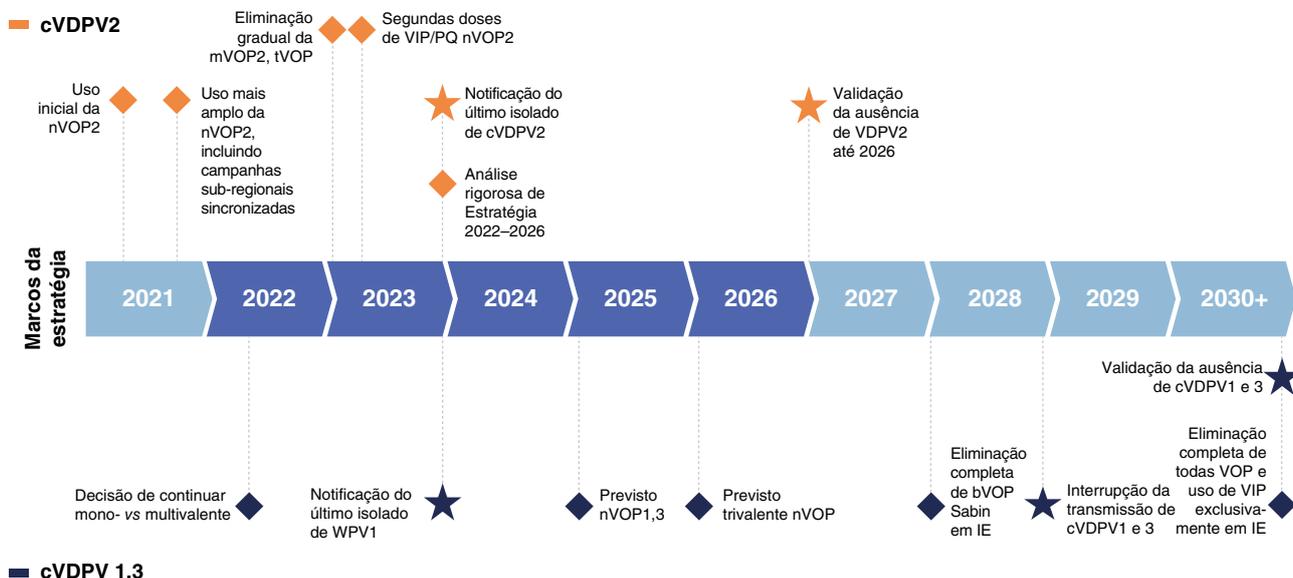
nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; VOP2 = vacina oral contra a poliomielite tipo 2.

Fonte: OMS.

¹⁷ A VOP Sabin tem sido fundamental para a redução mundial dos casos de poliomielite e a erradicação global do WPV2 e WPV3, conforme declarado pela Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (GCC) em 2015 e 2019, respectivamente. Em casos raros, no entanto, o vírus vivo atenuado da vacina pode causar sintomas neurológicos de poliomielite e se tornar VDPV. Nos lugares em que a imunidade da população é baixa, esse VDPV pode começar a circular, causando um surto de cVDPV.

O programa visa relatar o último isolado de cVDPV2 até o final de 2023, desenvolver novas VOP para os tipos 1 e 3 a fim de interromper toda a transmissão de cVDPV em 2028 e, por fim, fazer a transição para a imunização essencial exclusivamente com VIP. Os principais marcos e medidas do sucesso em relação à interrupção da transmissão de cVDPV em países em surto e em risco são identificados abaixo (ver **Figura 8**).

Figura 8 – Marcos para interromper a transmissão de cVDPV em países em surto e em risco, 2021-2030+



■ cVDPV 1,3

bVOP = vacina oral bivalente contra poliomielite; cVDPV1 = poliovírus circulante derivado de vacina tipo 1; cVDPV2 = poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2; cVDPV3 = poliovírus circulante derivado de vacina tipo 3; IE = imunização essencial; VIP = vacina inativada contra poliomielite; mVOP2 = vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 2; nVOP1,3 = nova vacina oral contra a poliomielite tipos 1 e 3; nVOP2 = nova vacina oral contra poliomielite tipo 2; VOP = vacina oral contra poliomielite; PQ = pré-qualificação; tVOP = vacina oral trivalente contra poliomielite; VDPV2 = poliovírus derivado de vacina tipo 2; WPV1 = poliovírus selvagem tipo 1.

Fonte: OMS.

1. Criar urgência e responsabilização por meio da defesa de causa para gerar maior vontade política

A defesa de causa política será fundamental para aumentar a propriedade e a responsabilização do governo e interromper urgentemente os surtos de cVDPV2. Na Região Africana, por exemplo, há uma falta de conscientização sobre a necessidade de esforços contínuos para impedir a crescente disseminação dos surtos de cVDPV2 devido à recente certificação da região como livre de WPV em agosto de 2020. Além disso, a pandemia da COVID-19 mudou o foco da saúde pública nacional para a resposta à COVID-19, a recuperação econômica e a segurança da saúde. Embora a saúde e as imunizações nunca tenham sido tão importantes na agenda global, programas de longa data, como a erradicação da poliomielite, foram fortemente impactados por severas restrições de recursos políticos e financeiros, resultando em insuficiente urgência e priorização de atividades para eliminar os surtos de cVDPV2 e manter as regiões livres de WPV. A situação mais ampla das informações errôneas/desinformação relacionada às vacinas também exige novas táticas de defesa de causa para atrair interesse e engajamento político.

Principais áreas de evolução

Para enfrentar esses problemas, a GPEI reconstruirá a experiência em defesa de causa política em nível nacional, regional e global da parceria, bem como trará parceiros externos com experiência multidisciplinar para garantir capacidade suficiente e dedicada a essa área-chave de trabalho. Será essencial haver estratégias de defesa de causa política direcionadas para fortalecer a propriedade e a responsabilização do governo.

Para obter maior apoio governamental, a GPEI vai:

- envolver proativamente e regularmente as partes interessadas do governo e influenciadores terceirizados para garantir uma compreensão coerente dos problemas e ações necessárias para eliminar os surtos de cVDPV2, ouvir e coletar feedback sobre como a GPEI pode apoiar melhor os governos e promover a responsabilização conjunta nas parcerias da GPEI com os governos para eliminar urgentemente todas as formas de poliomielite;
- aproveitar as plataformas e parceiros regionais (por exemplo, União Africana e suas entidades focadas na saúde), os mecanismos existentes (por exemplo, AI2030), os subcomitês ministeriais das regiões do Mediterrâneo Oriental e África, novos indicadores de desempenho direcionados, defensores locais, a sociedade civil e organizações religiosas para elevar a poliomielite e impulsionar a responsabilização para eliminar os surtos de cVDPV2;
- comunicar às partes interessadas do governo a relevância dos recursos da poliomielite para outras prioridades prementes do país, destacando o valor das ferramentas, força de trabalho e infraestrutura da poliomielite como um investimento fundamental na resposta mais ampla a emergências e preparação futura para pandemias. Isso exigirá coordenação e colaboração com outros programas de saúde para desenvolver abordagens conjuntas de defesa de causa, incluindo cobertura de imunização essencial contra a poliomielite e outras VPDs;

- com parceiros de imunização, além de atores humanitários e organizações da sociedade civil (OSC), fazer um apelo à recuperação urgente do impacto da COVID-19 na cobertura de imunização para proteger os mais vulneráveis de VPDs e garantir que as crianças sejam imunizadas contra a poliomielite em estados frágeis; e
- explorar oportunidades de financiamento inovadoras para fortalecer a responsabilização e incentivar uma resposta efetiva e urgente a surtos. Sempre que possível, a GPEI defenderá as contribuições nacionais para apoiar as atividades e recursos da poliomielite de modo a impulsionar ações para eliminar os surtos de cVDPV2, garantindo que esses recursos estejam disponíveis para apoiar os sistemas de saúde a longo prazo.

Essa abordagem de defesa de causa proativa será orientada pela análise da situação política em nível nacional e regional e pelo mapeamento das partes interessadas; adaptada no contexto de outras prioridades urgentes do país; e continuamente atualizada por meio de um diálogo bidirecional contínuo com as partes interessadas políticas e terceirizadas. Além disso, os esforços de defesa de causa globais e regionais estarão intimamente ligados aos subcomitês ministeriais, aos mecanismos de responsabilização regionais e nacionais e à integração expandida em países com surtos.

Como é o sucesso

Desfecho 1: Maior propriedade do governo e compromisso político medido pelo monitoramento do número de países que declaram uma emergência de saúde pública dentro de uma semana após a confirmação do surto.

Desfecho 2: Profissionais qualificados que estão disponíveis de forma rápida e confiável para apoiar a resposta a surtos documentados tanto para a GPEI quanto para funcionários do governo em cada resposta a surtos e revisados regularmente como parte do esquema de responsabilização regional.

Desfecho 3: Contribuições nacionais mensuráveis para as atividades de resposta a surtos documentadas e revisadas em todas as respostas a surtos.

2. Melhorar a detecção e a resposta por meio de vigilância sensível

A interrupção do cVDPV2 em todas as regiões só pode ser alcançada se as atividades de resposta a surtos forem orientadas por redes e ferramentas de vigilância sensíveis, abrangentes e adequadamente rápidas. Com a expansão dos surtos de cVDPV2 e outros países considerados em risco, as metodologias de vigilância devem ser rapidamente expandidas para incluir VA e vigilância baseada na comunidade em mais localidades geográficas como um complemento à vigilância tradicional de PFA¹⁸. Além disso, as capacidades de vigilância devem evoluir e ser mantidas indefinidamente para apoiar o compromisso da AI2030 com uma integração mais ampla da vigilância de VPD, mantendo as exigências do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) referentes a notificações e monitorar a transmissão comunitária no caso altamente improvável, mas de alto impacto, de uma violação de contenção em um laboratório ou instalação de fabricação de vacinas (ver a seção **Preparação para o mundo pós-certificação**).

Principais áreas de evolução

Embora a vigilância de PFA e a Rede Global de Laboratórios de Poliomielite (GPLN) continuem sendo o padrão-ouro na vigilância do poliovírus, as preocupações com a disseminação de cVDPVs e a necessidade de manter a vigilância perpetuamente levaram a mudanças na abordagem da GPEI em relação à vigilância.

Essa abordagem transformada será alcançada por meio de:

- apoio aos países na transição para sistemas de vigilância eletrônica adaptados aos sistemas nacionais de informação sanitária e políticas e estratégias nacionais de e-saúde para garantir que todos os programas possam se beneficiar do investimento e da interoperabilidade da poliomielite¹⁹;
- apoio aos países no estabelecimento e propriedade de padrões de qualidade rigorosos para vigilância de PFA; implementando e otimizando sistemas de vigilância eficientes e sustentáveis e baseados na comunidade; e transferindo testes laboratoriais de poliovírus e análise de sequência para o nível nacional, sempre que possível;
- implementação de inovações no rastreamento e transporte de amostras, direcionadas às localidades geográficas com os atrasos mais pronunciados;

¹⁸ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite, 2018-2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-EN-1.pdf>, acessado em 15 de junho de 2021). Revisão em desenvolvimento.

¹⁹ Por exemplo, os conjuntos de dados GIS para microplanejamento da poliomielite podem ser integrados em sistemas nacionais de gestão de informações de saúde e usados para provisão de mosquiteiros, as estimativas alternativas da população geradas para a poliomielite podem ser integradas nos sistemas nacionais existentes e usadas por outros programas, e as tecnologias móveis que beneficiam a poliomielite podem ser usadas em outros programas.

- implementação da detecção direta e outras tecnologias novas na detecção e caracterização de vírus;
- adoção de sistemas e atividades nacionais e subnacionais de supervisão, monitoramento e supervisão que ofereçam oportunidades para avaliação contínua do sistema, treinamento e orientação de pessoal e uso de dados para resposta rápida, como Informação para Ação baseada na internet (WebIFA) e vigilância eletrônica (eSURV);
- integração com outros sistemas de vigilância de VPD e cumprimento dos compromissos da GPEI como um componente integral da estratégia global de vigilância abrangente de VPD²⁰; e
- vigilância em evolução, particularmente nos países sem surtos ativos, de modo a ser uma responsabilidade compartilhada entre os governos e a GPEI, estabelecendo as bases para a transição para o mundo pós-certificação.

Expressando as prioridades da GPEI referentes à integração, um foco especial será colocado no desenvolvimento de capacidade compartilhada dentro dos países para apoiar os objetivos de integração de VPD de longo prazo, incluindo atividades de campo. No curto prazo, os recursos de diagnóstico de poliovírus serão alinhados e integrados com outros procedimentos de diagnóstico de VPD, sempre que possível. A longo prazo, a GPEI trabalhará para estabelecer redes de vigilância compartilhadas, capacidade laboratorial e sistemas de informação para melhorar a eficiência, o tempo hábil e a coordenação em toda a vigilância do VPD.

As soluções para se obter uma detecção mais rápida do poliovírus (ver o painel **O tempo é essencial**) serão inicialmente priorizadas para os atuais surtos de cVDPV2 e países de alto risco para permitir melhorias no tempo hábil e na efetividade da campanha, incluindo a transição para o uso de nVOP2. Alguns atrasos de detecção na Região Africana (e alguns países africanos da Região do Mediterrâneo Oriental) retardaram algumas respostas a surtos e contribuíram para a propagação do cVDPV2. Dado o risco de propagação do surto, esses países devem ser priorizados no tocante a melhorias na velocidade e sensibilidade da vigilância, ferramentas e indicadores, incluindo VA. Para encurtar o processo de lançamento de uma resposta rápida em locais sem uso recente da vacina oral contra a poliomielite tipo 2 (VOP2) e após a confirmação da detecção do poliovírus tipo 2, o desenvolvimento da avaliação de risco deve começar imediatamente, em vez de esperar pela confirmação do cVDPV2.

Como é o sucesso

Desfecho 1: Implementação global consistente de padrões de vigilância medidos pelo monitoramento da porcentagem de distritos que atingem uma taxa de paralisia flácida aguda não poliomielite (PFANP) de >2/100.000 e locais ambientais que atendem a um limite de sensibilidade de pelo menos 50% de amostras positivas para enterovírus ao longo de seis meses ou mais.

Desfecho 2: Maior velocidade de detecção e precisão do sistema de vigilância demonstrado através de (pelo menos) 80% dos casos com coleta adequada de amostras de fezes desagregadas por sexo, e a proporção de WPVs e VDPVs que relatam resultados laboratoriais finais dentro de 35 dias do início, em casos de PFA ou coleta de amostra de VA.

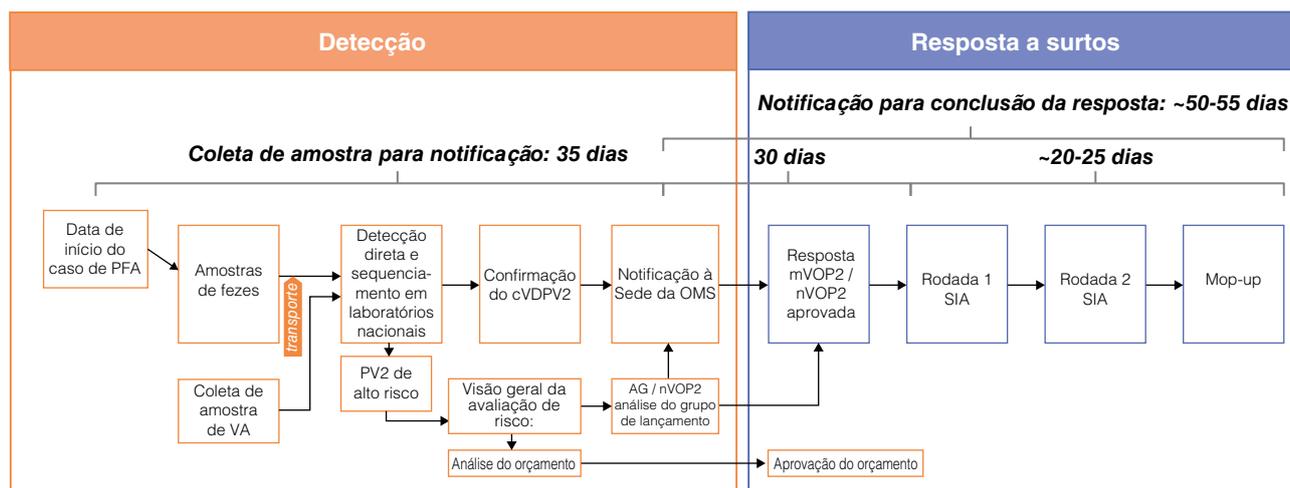
O tempo é essencial

Algo fundamental para detectar e lançar respostas oportunas a surtos é o cronograma entre a coleta de amostras e a confirmação do cVDPV. À medida que os surtos se espalharam para países que há muito estavam livres da poliomielite, esse cronograma se expandiu e contribuiu para atrasos na notificação de surtos de cVDPV2.

Oportunidades de melhoria em cada etapa da jornada da confirmação do campo para o laboratório acelerarão os tempos de resposta aos surtos. A detecção de poliovírus diretamente de amostras de fezes é uma metodologia nova e mais rápida para identificação de poliovírus que ajudará a reduzir o tempo de análise laboratorial em até uma semana. A redução no tempo de análise melhora ainda mais se a detecção direta for combinada com o sequenciamento no local, evitando gargalos no transporte internacional de amostras (ver a **Figura 9**). Ao reduzir o tempo de processamento de amostras de PFA a partir do momento da coleta, os resultados estariam disponíveis mais rapidamente para planejar e implementar rapidamente as atividades de resposta. Esse processo também pode ajudar a atingir as metas de contenção de GAPIII na redução da inoculação de culturas de células que permitem a replicação do poliovírus.* Para haver mais efetividade na redução do tempo dos resultados laboratoriais, a detecção direta precisa ser otimizada ainda mais na análise de amostras de esgoto, e precisam ser desenvolvidos métodos complementares para caracterizar os poliovírus detectados por meio de sequenciamento genético rápido em mais laboratórios.

* GAPIII: Plano de Ação Global da OMS para minimizar o risco de poliovírus associado à instalação após a erradicação do tipo específico de poliovírus selvagem e a cessação sequencial do uso da vacina oral contra a poliomielite, terceira edição. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf, acessado em 15 de junho de 2021).

²⁰ 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), acessado em 15 de junho de 2021).

Figura 9 – Estado futuro desejado para detecção e resposta a surtos

PFA = paralisia flácida aguda; AG = Grupo Consultivo; cVDPV2 = poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2; VA = vigilância ambiental; mVOP2 = vacina oral monovalente contra poliomielite tipo 2; nVOP2 = nova vacina oral contra poliomielite tipo 2; PV2 = poliovírus tipo 2; SIA = atividade de imunização suplementar.
 Fonte: OMS.

3. Melhorar o sucesso da linha de frente por meio de mudanças nas operações de resposta a surtos

Para interromper rapidamente os surtos de cVDPV, a resposta à vacinação deve ser implantada rapidamente após a identificação da resposta ao surto em campanhas de alta qualidade e com escopo adequado para interromper a transmissão e evitar a propagação fora da área de resposta ao surto (ver **Figura 9**). Para fazer isso, a GPEI otimizará ainda mais a resposta a surtos por meio de orientações operacionais atualizadas, tomadas de decisão simplificadas e estruturas de resposta a emergências, coordenação transfronteiriça, recursos adequados e melhorias operacionais para facilitar a mobilização rápida na resposta a surtos dos países.

Principais áreas de evolução

A introdução e ampliação da nVOP2 na resposta a surtos de cVDPV2 é o foco principal dessa nova estratégia. O risco reduzido esperado de novos surtos de nVOP2 permitirá aumentar o escopo do uso da vacina em populações virgens de VOP2, o que deve permitir que os países interrompam mais rapidamente a transmissão e evitem a disseminação fora das zonas de resposta. Para ser efetivo, o uso de nVOP2 deve ser acompanhado por melhorias no planejamento de resposta, execução e monitoramento para garantir respostas rápidas e de alta qualidade. (Ver o painel **nVOP2: uma ferramenta muito esperada**.)

O planejamento de resposta a surtos e as melhorias na execução incluirão:

- garantir o uso ideal das vacinas, inclusive a nVOP2, com base em na situação epidemiológica predominante e na prontidão do país no uso da nVOP2 sob o procedimento de Lista de Uso de Emergência (EUL);
- acelerar a resposta de emergência por meio de planos de resposta a surtos rapidamente endossados em nível regional e uma estrutura de comando de incidentes funcional em todos os níveis dentro da GPEI para orientar e direcionar a resposta a surtos, incluindo a rápida transferência de fundos de regiões para países para profissionais de campo (ver o painel **Movimentação mais rápida de dinheiro**);
- utilizar e expandir os mecanismos de coordenação governamentais existentes no país para estabelecer salas de controle da poliomielite, permitindo o uso de dados em tempo real para a tomada de decisões e uma estrutura de gestão de incidentes para agilizar as operações de emergência;

Movimentação mais rápida de dinheiro

Pagamentos em dinheiro nas operações de campanha de surto resultaram em campanhas atrasadas, operações de baixa qualidade e uma força de trabalho desmotivada devido a atrasos no pagamento[†]. Na nova estratégia, a GPEI ampliará os programas de pagamento móvel (pagamento digital) para acelerar a distribuição de fundos, melhorar a qualidade da resposta a surtos e aumentar a satisfação dos profissionais[‡]. Em um determinado país (Costa do Marfim), o tempo médio de pagamento na segunda rodada da campanha foi de duas horas, em oposição a uma média de três semanas para o processamento de pagamentos em dinheiro, o que demonstra o impacto substancial que o pagamento móvel tem nas campanhas de surtos.

[†] No primeiro trimestre de 2020, 50% das campanhas de surto de poliomielite da Região Africana sofreram atrasos ou foram impactadas negativamente pelo atraso na distribuição de fundos em nível operacional.

[‡] Mais de 50.000 profissionais da linha de frente da campanha da Costa do Marfim, Mali e Gana foram pagos de forma rápida e transparente usando dinheiro móvel em 2020.

- otimizar a preparação e a capacidade de resposta a surtos nos países de alto risco por meio de um mecanismo de contratação regional, fornecendo implantação rápida e flexibilidade para mover pessoal de apoio técnico entre países com base na evolução da epidemiologia, desempenho e responsabilização e através da identificação de sinergias com os planos de resposta a surtos relatados anualmente para a comissão regional de certificação, as ações do plano estratégico de resposta a surtos de sarampo e outras iniciativas VPD²¹;
- utilizar análises rápidas de gênero, avaliações de risco local e contribuições de modelagem para otimizar o escopo de resposta a surtos, incluindo abordagens direcionadas especificamente para comunidades nômades e outras comunidades móveis;
- digitalizar toda a resposta ao surto, desde o planejamento até o monitoramento intra- e pós-campanha, a fim de utilizar uma abordagem baseada em evidências para avaliações claras da cobertura e qualidade da resposta, incluindo dados de monitoramento desagregados por idade e sexo; e
- garantir um papel mais forte para as mulheres nas operações de resposta a surtos por meio de maior participação na supervisão, gerenciamento, supervisão e provisão de resposta a surtos.

A GPEI está atualizando os procedimentos operacionais padrão (SOPs) e os manuais de SIA, retratando novos desenvolvimentos, realidades e ferramentas, e a necessidade de melhorar a velocidade e a qualidade das campanhas para garantir que os surtos sejam interrompidos de forma rápida e eficiente²². Para garantir a implantação bem-sucedida da nVOP2, um planejamento abrangente mapeou as possíveis situações e identificou os pontos de decisão fundamentais para apoiar o uso da nVOP2 no país (ver o **Anexo G**).

nVOP2: uma ferramenta muito esperada

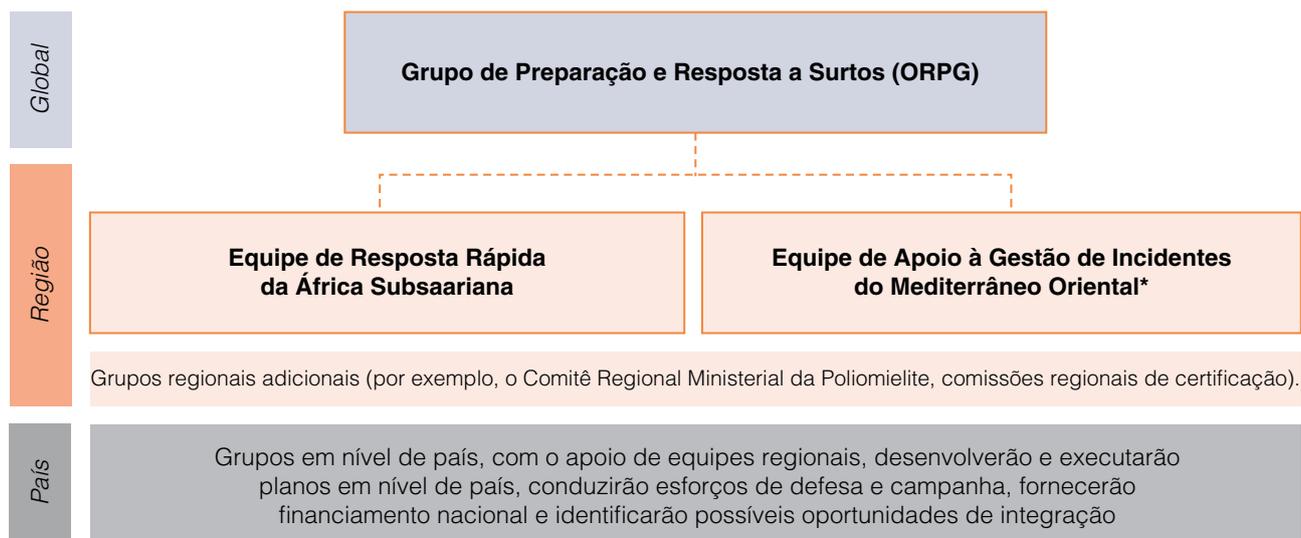
A VOP é usada há 50 anos e tem sido efetiva na interrupção do cVDPV2 em áreas de resposta. Entre 2019 e 2020, quase 80% dos surtos de cVDPV2 foram interrompidos após duas rodadas da VOP2 Sabin. No entanto, devido ao risco de o vírus da vacina originalmente contido na VOP recuperar a neurovirulência e semear novos surtos, o programa iniciou investimentos em 2011 para o desenvolvimento de um nVOP2. A nova vacina entrou nos ensaios de Fase I e II em 2017 e 2019, respectivamente, que demonstraram segurança, imunogenicidade e estabilidade genética que tornarão o vírus da vacina menos propenso a reverter para uma forma que possa causar paralisia. Com o EUL recebido no final de 2020, a nVOP2 está sendo introduzida nos primeiros países em surto para concluir a confirmação de prontidão.

A necessidade de nVOP2 é urgente. A introdução da nVOP2 é uma decisão tomada pelos parceiros e autoridades nacionais de imunização, como o ministério da saúde, o TAG nacional de imunização e as autoridades reguladoras nacionais. À medida que os países atendem aos requisitos para uso da nVOP2, eles devem se comprometer a monitorar continuamente a segurança e a efetividade da vacina sob o acordo EUL e em parceria com a GPEI e o fabricante da vacina. À medida que mais países concluem a confirmação de prontidão para nVOP2 e o período de uso inicial dá lugar a um uso mais amplo, espera-se que o uso da VOP2 Sabin na resposta a surtos diminua ao longo de 2021. Se os dados de campo e os estudos em andamento com a nVOP2 continuarem a ser avaliados como favoráveis, a nVOP2 será descontinuada. Para fins de planejamento estratégico, a GPEI antecipa SIAs substancialmente maiores com a nVOP2 em resposta a qualquer surto e presume que todo surto individual será interrompido de acordo com os cronogramas dos POPs de resposta a surto. (Ver **Anexo G** para obter detalhes sobre planejamentos de contingência.)

A responsabilização e prestação de contas pela resposta a surtos serão de três grupos GPEI (ver **Figura 10**). O Grupo de Preparação e Resposta a Surtos (ORPG) fará a interface entre as equipes globais e regionais que trabalham para responder aos surtos de poliomielite. As atividades nas regiões mais afetadas pelos surtos de cVDPV2 ficarão com dois grupos focados em surtos e resposta: a Equipe de Resposta Rápida da África Subsaariana e a Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes para nações não endêmicas da região do Mediterrâneo Oriental. Essas equipes são os órgãos decisórios para as operações de resposta em suas respectivas regiões, com responsabilidade pelo gerenciamento abrangente das atividades de resposta a surtos. O ORPG gerenciará as capacidades operacionais em caso de surtos em outras regiões.

²¹ Plano de resposta estratégica a surtos de sarampo 2021-2023. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340657/9789240018600-eng.pdf>, acessado em 15 de junho de 2021).

²² Os POPs sobre surtos atualizados e os manuais de SIA serão publicados no site da GPEI assim que estiverem disponíveis (<https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines>, acessado em 15 de junho de 2021).

Figura 10 – Equipes de resposta a surtos globais e regionais

* Inclui países não endêmicos da região do Mediterrâneo Oriental e se sobrepõe a países da região do Oriente Médio e Norte da África (Nações Unidas).
Fonte: OMS.

Um esquema de responsabilização será estabelecido em alinhamento com os POPs do surto e monitorado regularmente por uma função de auditoria independente para avaliar o desempenho. As equipes de operações regionais serão vinculadas a subcomitês ministeriais para facilitar a responsabilização do país dentro dos mecanismos regionais existentes e analisar regularmente os indicadores de surto²³. Além disso, a Comissão Regional de Certificação da África, os TAGs do Afeganistão e do Paquistão e outros órgãos consultivos apropriados aumentarão seu foco na análise e validação da resposta ao VDPV, provendo opiniões independentes sobre as operações regionais e o desempenho da GPEI.

Como é o sucesso

- Desfecho 1:** Melhoria da qualidade da campanha, particularmente para reduzir crianças persistentemente não vacinadas em SIAs, medida pelo monitoramento da porcentagem de surtos encerrados em duas rodadas mais limpeza (*mop-up*) dentro de seis meses após a identificação do surto.
- Desfecho 2:** Preparação e resposta atempada a surtos medida através da monitorização do número médio de dias entre a confirmação do surto e o início da primeira SIA.
- Desfecho 3:** Implementação bem-sucedida e oportuna da nVOP2 medida pelo rastreamento da porcentagem de países-alvo que atendem aos requisitos para uso da nVOP2 e rastreamento do número de países que usam a nVOP2 na resposta a surtos.

Análise rápida de gênero na resposta a surtos

Quando o gênero se torna parte integrante da avaliação rápida de surtos, isso permite uma resposta mais efetiva. Análises rápidas de gênero, conforme definido nos POPs, fortalecem a resposta ao surto e apoiam a interrupção.* Ao coletar e analisar dados desagregados por sexo e informações sensíveis ao gênero, as equipes de linha de frente da resposta ao surto desenvolvem uma compreensão mais robusta da população que melhora o engajamento da comunidade e aumenta a aceitação da vacina. Para apoiar a integração das atividades de gênero no contexto dos surtos, uma futura lista de verificação descreverá as atividades desde o recrutamento de equipes equilibradas em termos de gênero (incluindo equipes de emergência), até a coleta e análise de dados desagregados por sexo para vigilância de PFA e monitoramento de campanhas, para a incorporação de dados sociais específicos de gênero nas atividades de mobilização social, comunicação e engajamento comunitário.

* Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). Procedimentos operacionais padrão de resposta a um evento ou surto de poliovírus. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/04/POL-SOP-V3.1-20200424.pdf>, acessado em 15 de junho de 2021). A análise rápida de gênero da GPEI na resposta a surtos será guiada pela Avaliação Rápida Inicial Multissetorial (MIRA) do Comitê Permanente Inter-Agências e pela Análise Rápida de Gênero da CARE International. Ver Força-Tarefa de Avaliação de Necessidades do Comitê Permanente Interagências (IASC). Orientação de avaliação rápida inicial multissetorial; revisado em julho de 2015 (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf, acessado em 15 de junho de 2021); Na prática, análise rápida de gênero [site]. Genebra: CARE International; 2021 (<https://insights.careinternational.org.uk/in-practice/rapid-gender-analysis>, acessado em 15 de junho de 2021).

²³ Esses comitês incluirão ministros da saúde dos países com o apoio dos diretores regionais da OMS e do UNICEF que fornecerão a supervisão e monitoramento do desempenho do país.

4. Gerar aceitação da vacina por meio do engajamento da comunidade adaptado ao contexto

Nos países em surto e em risco, a GPEI adotará táticas para otimizar o engajamento da comunidade e promover a conscientização e aceitação da vacina. A GPEI expandirá seus modelos de engajamento e escuta da comunidade de modo a incluir plataformas digitais e utilizar redes sociais maiores e consórcios de parceiros para criar impulso para a resposta a surtos por meio do combate à desinformação e do apoio a lançamentos de vacinas nVOP2 e contra COVID-19.

Principais áreas de evolução

As comunicações de surtos do programa de poliomielite começarão bem antes de um vacinador aparecer na porta para oferecer vacinas contra a poliomielite. Usando as lições aprendidas e as melhores práticas universais, a GPEI reimaginará sua abordagem de modo a criar rapidamente ambientes favoráveis para campanhas de surtos:

- mudando de uma abordagem focada em campanhas para, em vez disso, a realização de investimentos na confiança sustentada e no desenvolvimento de relacionamentos com as comunidades, bem como na preparação para surtos e no pré-posicionamento de recursos de comunicação no contexto das normas sociais locais;
- utilizando os Padrões e Indicadores Mínimos de Qualidade para o Envolvimento da Comunidade para na análise dos sucessos e na busca de oportunidades para melhorar as atividades de mobilização social em situações de surto²⁴; e
- incluindo indicadores de engajamento da comunidade nos painéis de preparação de campanha para garantir que as atividades de mobilização social sejam rastreadas em relação a indicadores significativos e estratégias de melhoria “on-line” e “off-line” baseadas em evidências.



© UNICEF / Christopher Henwig

²⁴ Padrões e indicadores mínimos de qualidade para engajamento da comunidade. Nova York: Fundo das Nações Unidas para a Infância; sem data (https://www.unicef.org/mena/media/8401/file/19218_MinimumQuality-Report_v07_RC_002.pdf, acessado em 11 de junho de 2021).

Além disso, a GPEI explorará novas parcerias locais, redes sociais e plataformas digitais para coletar dados qualitativos que orientarão ações de comunicação destinadas a alcançar todos os tipos de crianças não vacinadas e pré-posicionar os recursos de comunicação. Uma melhor compreensão das razões sociais subjacentes e dos problemas referentes à resistência da comunidade às vacinas contra a poliomielite no contexto de surtos é de extrema importância, principalmente nos países com maior risco de surgimento de cVDPV das regiões da África e do Mediterrâneo Oriental.

Uma comunicação robusta e bem apoiada referente a surtos de cVDPV2 e à preparação, confirmação de prontidão e uso da nVOP2 – cuidadosamente equilibrada e gerenciada no contexto mais amplo da desinformação sobre vacinas – está se tornando parte integrante da estratégia de resposta a surtos da GPEI.

Para abordar as muitas complexidades em relação à introdução das vacinas nesse contexto, a GPEI desenvolverá produtos e táticas de comunicação que capitalizam os principais marcos para reiterar as crises de surtos de cVDPV2 e a estratégia da GPEI para interrompê-los, incluindo o papel em potencial da nVOP2. Esse conteúdo será preparado para implantação rápida em caso de surto e ajudará a ganhar impulso em toda a ampla gama de partes interessadas para uma resposta rápida e de alta qualidade ao surto.

Como é o sucesso

Desfecho 1: A criação e implantação de capacidades e produtos para aumentar rapidamente a conscientização sobre a campanha e construir confiança nas vacinas contra a poliomielite em todos os ambientes, realizando SIAs de surtos de poliomielite, medidas pelo monitoramento da porcentagem de SIAs que mostram evidências de que a conscientização da campanha foi > 90% de todas as famílias (com base em ICM e/ou LQAS).

Novas táticas na linha de frente digital

Para abordar a infodemia de vacinas e combater a desinformação que leva à hesitação ou recusa da vacina, a GPEI adotou novas táticas: (a) “ouvir” monitorando sistematicamente o ecossistema de mídia digital e social por meio de plataformas analíticas e tecnologia; (b) avaliar a escala e o impacto em potencial dos rumores e informações errôneas relacionadas a vacinas para atividades de imunização; e (c) desmascarar ou refutar preventivamente de modo proativo conteúdo digital prejudicial, fake news e desinformação sobre vacinas. Para mitigar o risco de rumores sobre a nVOP2, a GPEI operacionalizou projetos em países com surtos que rastreiam com sucesso as mídias sociais e os conteúdos digitais prejudiciais para adaptar estratégias de resposta à recusa vacinal e mitigar os riscos ao programa, incluindo possível violência ou agressão aos profissionais da poliomielite. Essa abordagem inovadora e orientada a dados continuará a evoluir com as tecnologias disponíveis para orientar os sistemas de preparação e resposta nos países com alto risco de surtos.



5. Acelerar o progresso por meio de esforços de integração expandidos e parcerias unificadas

A GPEI transformará a forma como provê vacinas a crianças, dentro e fora dos países com surtos. Os esforços de integração, principalmente nos programas de imunização essencial e vigilância de VPD, desempenharão um papel fundamental na abordagem dos surtos de cVDPV, trabalhando para elevar a imunidade da população, detectar surtos em todas as regiões com foco em comunidades não alcançadas e sub-imunizadas e manter a capacidade de resposta a futuros surtos.

Nos países com surto e em risco, a cobertura essencial de imunização continua a ser variável, o que dificulta a capacidade de manter níveis suficientemente altos de imunidade da população ao poliovírus. Ao enfrentar esses problemas, a integração promoverá maior eficiência por meio da provisão conjunta de intervenções consideradas fundamentais para a erradicação, bem como por meio de boa coordenação, planejamento, gerenciamento e mobilização de recursos.

Principais áreas de evolução

A GPEI avaliará as oportunidades de integração com outros programas e iniciativas de saúde usando o esquema de tomada de decisão de integração (ver **Anexo D**). As equipes de resposta a surtos se coordenarão com o PAI e com os parceiros de imunização para aumentar o desempenho essencial de imunização em áreas de surto e localidades geográficas vizinhas desde os estágios iniciais de planejamento e entre as rodadas de VOP. Usando o evento de surto como uma oportunidade para sinalizar fraquezas sistêmicas do PAI, o programa trabalhará com as autoridades locais e parceiros de imunização mais amplos, como a Gavi, para mobilizar apoio a fim de fortalecer a imunização essencial e a APS. Durante as últimas fases de resposta a surtos, serão levadas em consideração atividades multiantígenos ou de intervenção.

A GPEI em nível global e regional tem um papel na mobilização de recursos e defesa de causa no sentido de direcionar os fundos existentes para expandir os serviços de APS, incluindo desempenho da imunização essencial e extensão de serviços de vacinação, juntamente com a VIP. Isso será feito usando a estrutura de gerenciamento de incidentes para coordenar amplamente com os governos, o PAI, a APS e parceiros na identificação de comunidades com dose zero e subvacinadas para divulgação, compartilhando informações de microplanos a fim de melhorar o direcionamento e a cobertura de imunização essencial e integrando a comunicação e as mensagens de modo a promover a imunização essencial e a APS.

Para impulsionar o alinhamento e a responsabilização com a integração, a GPEI vai:

- engajar-se nos esquemas operacionais e mecanismos de análise de parceiros, tal como a análise anual do Banco Mundial, mecanismos e esquemas de propriedade e responsabilização da AI2030 e mecanismos de operacionalização e análise da Gavi 5.0, para garantir que os investimentos apoiem mutuamente a erradicação da poliomielite e benefícios mais amplos para a saúde; e
- usar recursos contra a poliomielite e defesa de causa de alto nível, inclusive por meio do POB, em apoio à aquisição, registro, direcionamento e distribuição de vacinas contra COVID-19.

Ao aproveitar o evento do surto para reenergizar o planejamento e a ação das autoridades de saúde nacionais, provinciais e locais, a GPEI – em colaboração com a Gavi e outros parceiros – terá como objetivo direcionar o sistema para a recuperação no encerramento de um surto e fortalecer medidas de preparação para surtos.

Como é o sucesso

Desfecho 1: Alinhamento entre a poliomielite e a imunização, resultando em investimentos em HSS e PAI que expressem os objetivos estratégicos do programa de poliomielite, e a poliomielite contribuindo para a AI2030 e as metas de imunização do país, medido pelo monitoramento de SIAs de VPD que proveem bVOP e a porcentagem de localidades geográficas subnacionais com prioridade referentes à poliomielite nas quais um investimento conjunto ou colaborativo esteja sendo realizado pela Gavi e pela GPEI.

Desfecho 2: Apoio contínuo a iniciativas de saúde pública globais e nacionais mais amplas como um caminho para uma transição bem-sucedida do programa, medido pelo monitoramento da quantidade de investimentos em APS direcionados para áreas de alto risco de poliomielite em países com surtos e em risco, bem como contribuições de recursos humanos de poliomielite na resposta à COVID-19.



Ambiente favorável

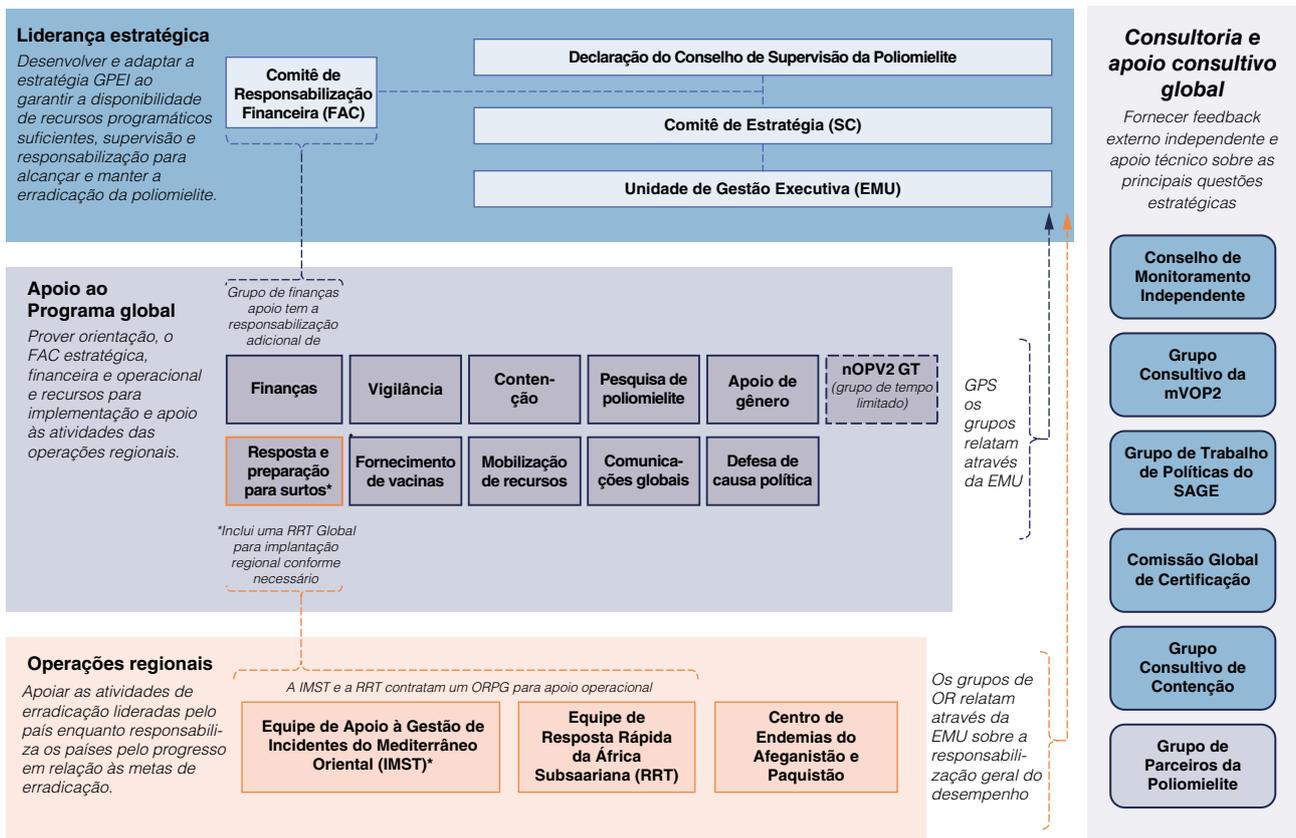
A execução bem-sucedida da **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026** requer um ambiente favorável criado por meio de esquemas operacionais eficientes; compromissos fundamentais com programação e operações sensíveis ao gênero; estratégias de comunicação efetivas, claras e bem coordenadas; fornecimento de vacinas cuidadosamente gerenciado; investimentos contínuos em inovações de pesquisa; um esquema de M&A orientado por dados; e modelagem financeira e mobilização de recursos.

1. ESTRUTURA GPEI

A GPEI realizou uma análise abrangente de governança e gerenciamento para reestruturar o programa de modo a adequá-lo à erradicação da poliomielite. O processo de reestruturação incluiu contribuições de uma ampla gama de parceiros (doadores e governos), grupos consultivos (incluindo o Conselho de Monitoramento Independente) e grupos de gestão. A avaliação resultante identificou várias áreas-chave que exigem mudanças estruturais para abordar a clareza de papéis, a tomada de decisões e a responsabilização.

Há mudanças fundamentais em andamento para aumentar a agilidade, eficiência e efetividade do programa GPEI em nível global e regional, incluindo a simplificação da estrutura organizacional da GPEI (ver **Figura 11**), capacitação dos implementadores e introdução de um sistema de responsabilização em toda a parceria da poliomielite.

Figura 11 – Organograma revisado da GPEI



* Inclui países não endêmicos da região do Mediterrâneo Oriental e se sobrepõe a países da região do Oriente Médio e Norte da África (Nações Unidas).
 Observação: O organograma GPEI está em análise e outras mudanças estruturais podem ser implementadas como parte da análise contínua da gestão e do processo de governança.
 GPS = apoio ao programa global; mVOP2 = vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 2; nVOP2 GT = Grupo de Trabalho da Nova Vacina Oral contra a Poliomielite Tipo 2; OR = operação regional; SAGE = Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização.
 Fonte: OMS.

Em geral, essas mudanças na estrutura da GPEI expressam o compromisso do programa com:

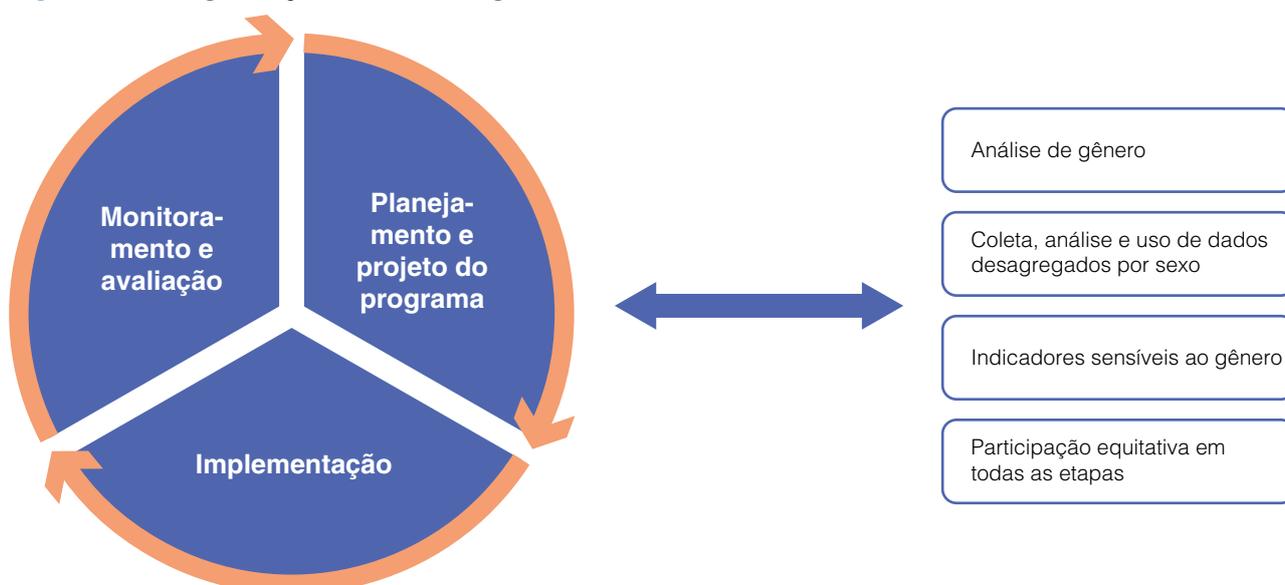
- dar prioridade de recursos humanos às equipes nacionais, provinciais e distritais que terão autoridade de tomada de decisão para determinar todas as ações em nível de campo;
- redefinir a relação entre os escritórios regionais e globais para orientar ambos a um apoio mais efetivo ao país. Os escritórios regionais fornecerão assessoria técnica e apoio administrativo e logístico. Os escritórios globais realizarão pesquisas, definirão a orientação técnica, fornecerão defesa de causa de alto nível, mobilizarão e gerenciarão recursos e fornecerão assistência a regiões e países nos quais os recursos locais sejam insuficientes para superar problemas; e
- construir novas alianças estratégicas onde houver vantagem comparativa, como engajamento e defesa de causa em comunidades de difícil acesso.

Mais informações sobre o processo, avaliação e recomendações que orientaram essas mudanças na estrutura da GPEI estão disponíveis no **Anexo H**.

2. EQUIDADE DE GÊNERO

A **Estratégia de Equidade de Gênero da GPEI 2019-2023**, endossada pelo POB, orienta o programa sobre equidade de gênero como um poderoso determinante dos desfechos de saúde e um fator fundamental para o progresso na erradicação da poliomielite²⁵. Para fortalecer a responsabilidade de gênero do programa e alcançar a erradicação da poliomielite, uma perspectiva de gênero será integrada nas diferentes fases de planejamento e concepção, implementação e M&A do programa (ver **Figura 12**)²⁶. Ao adotar uma abordagem sistemática na integração de gênero, o programa aborda as barreiras à vacinação relacionadas ao gênero, melhora os desfechos de imunização e aumenta a participação significativa das mulheres nos papéis de tomada de decisão e liderança²⁷, criação de demanda e prestação de serviços de saúde.

Figura 12 – Programação sensível ao gênero



Fonte: Estratégia de Equidade de Gênero 2019-2023.

²⁵ 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>, acessado em 15 de junho de 2021). Ver também Gênero [website]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://polioeradication.org/gender-and-polio/gender-and-polio-eradication>, acessado em 15 de junho de 2021).

²⁶ Há várias abordagens e ferramentas para integrar o gênero na saúde. A GPEI será guiada pela Matriz de Análise de Gênero da OMS e pelo guia prático sobre Imunização e Gênero do Escritório Regional do UNICEF para o Sul da Ásia. Essas abordagens serão complementadas com ferramentas e orientações adicionais, dependendo do contexto do país e do escopo da análise.

²⁷ Uma enquête de equipe em toda a GPEI realizada em 2018 identificou uma baixa representatividade das mulheres em cargos de nível sênior e lacunas de paridade de gênero.

Essa abordagem sistemática para integração do gênero, particularmente nos programas nacionais, vai:

- aumentar a propriedade e a responsabilização pela integração das considerações de gênero em todos os aspectos do programa;
- instituir mecanismos específicos em nível de campo para priorizar a segurança dos profissionais e beneficiários da poliomielite;
- criar um ambiente de trabalho seguro para todos os funcionários e contratados e fazer cumprir as políticas e salvaguardas da GPEI sobre PSEA;
- fortalecer a coleta e análise de dados e complementar os dados quantitativos com dados sociais qualitativos robustos, especialmente por meio do fluxo de trabalho de engajamento da comunidade;
- construir um mecanismo formal de coordenação de parceiros da GPEI sobre gênero que abordará áreas como treinamento, coleta e análise de dados e apoio técnico; e
- garantir recursos financeiros especificados e dedicados.

Por meio do processo orçamentário, a GPEI desenvolverá marcadores de gênero para garantir recursos adequados para atividades de gênero e para rastrear alocações e despesas, com pelo menos 1% para alocações de financiamento direto para apoiar atividades relacionadas a gênero (ver o painel **Rastreamento de recursos para direcionar a equidade de gênero em Finanças e custos**).

O desempenho e a liderança do programa na integração de gênero são guiados pelo quadro lógico da *Estratégia de Equidade de Gênero* (ver o **Anexo I**), com KPIs dedicados para monitorar o progresso rumo aos resultados esperados que foram definidos (ver o **Anexo F**).

Fechar as lacunas de dados de gênero

A coleta, análise e uso de dados desagregados por sexo são componentes cruciais da programação sensível ao gênero. A GPEI é um dos poucos programas globais de saúde com a capacidade de coletar universalmente dados desagregados por sexo por meio do sistema de vigilância do poliovírus e dados de comunicação para o desenvolvimento (C4D).

A *Estratégia de Equidade de Gênero* da GPEI está empenhada em:

- garantir que todos os dados programáticos relevantes sejam desagregados por sexo e outras variáveis fundamentais e que esses dados sejam analisados para encontrar e resolver lacunas; e
- fornecer treinamento para todos os profissionais relevantes sobre a importância e os requisitos para coletar e analisar dados desagregados.

Por meio do Grupo de Trabalho de Dados de Gênero da GPEI, os parceiros da poliomielite se comprometem a fortalecer ainda mais a coleta e análise de dados e outras métricas de gênero para informar e orientar a programação e garantir que as discrepâncias de sexo ou gênero possam ser efetivamente identificadas, abordadas e resolvidas.

3. COMUNICAÇÕES

Tal como outros programas de imunização, a GPEI está se adaptando a um ambiente de comunicação e mídia em ritmo acelerado, no qual as questões sobre vacinas, testes, acesso e equidade estão no discurso público e podem estar politicamente carregadas, principalmente em um contexto pós-COVID-19. Embora o interesse público sem precedentes e a atenção da mídia sobre a COVID-19 e as vacinas tenham fornecido uma oportunidade para destacar a importância da imunização, ela também traz riscos complexos. A pandemia e o intenso foco nas vacinas afetaram profundamente a conscientização e a confiança do público nas autoridades e organizações globais de saúde. Mesmo nas comunidades menos saturadas pelas tecnologias de mídia, os pais e cuidadores são inundados com informações e desinformação que moldam e reforçam crenças e comportamentos de saúde.

É essencial haver estratégias de comunicação efetivas, claras e bem coordenadas para restaurar e reforçar as normas sociais em relação à vacinação, aumentar a aceitação da vacina e gerenciar narrativas públicas no contexto da pandemia da COVID-19, as informações errôneas/desinformação relacionadas e a hesitação vacinal. Os esforços de comunicação continuarão a ser fundamentais para apoiar as imunizações contra a poliomielite, garantir a compreensão clara das partes interessadas sobre os problemas restantes para interromper a transmissão do WPV1 e eliminar os surtos de cVDPV e manter a confiança na erradicação da poliomielite.

Fortes esforços de comunicação serão priorizados para ajudar a desenvolver o ambiente favorável necessário para apoiar as áreas-chave dessa estratégia, incluindo a introdução bem-sucedida da nVOP2, engajamento da comunidade e defesa de causa política fortalecidos e confiança geral na viabilidade de alcançar um mundo livre da poliomielite.

A GPEI continuará a investir em soluções de comunicação em nível nacional, regional e global:

- abordando as barreiras sociais e comportamentais, mitigando o risco para o programa e aproveitando as oportunidades para provisão e aceitação da vacina contra a poliomielite;
- desenvolvendo e implementando estratégias da GPEI para comunicação de crise para detecção precoce e resposta a infodemias de vacinas, orientadas por dados de escuta social continuamente aprimorados, ferramentas de pesquisa e intervenções de comunicação;
- envolvendo influenciadores sociais, defensores de programas e outras figuras públicas proeminentes para ajudar a reformular as imunizações contra a poliomielite como uma agenda apolítica de saúde pública e uma prioridade global;
- desenvolvendo capacidades e fortalecendo os esforços de coordenação entre parceiros de comunicação e funcionários, bem como profissionais da linha de frente e outros funcionários, para navegar no complexo espaço público da imunização, usando habilidades interpessoais para engajamento da comunidade e aprimorando habilidades digitais para expandir o alcance, a influência e a capacidade de ação; e
- continuando a ajudar a moldar e a gerenciar narrativas globais, regionais e nacionais sobre o programa de poliomielite e vacinas contra a poliomielite, garantindo a disponibilidade de informações claras e precisas para mitigar os riscos relacionados à comunicação e manter a confiança na erradicação da poliomielite.

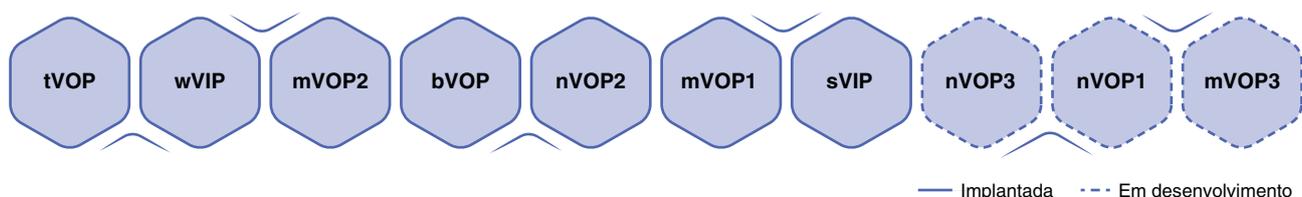
Para garantir o alinhamento das estratégias de comunicação globais e em nível comunitário, o Grupo de Comunicação Global da GPEI reúne C4D, experiência em comunicação de risco de crise e de emergência e em comunicação externa com coordenação entre as equipes de comunicação globais e regionais. O Grupo de Comunicação Global também coordena de perto com o Grupo de Defesa de Causa Política e o Grupo de Mobilização de Recursos para apoiar o trabalho necessário para garantir mensagens claras e alinhadas em toda a parceria GPEI em torno de oportunidades de defesa de causa política e captação de recursos (ver estrutura **GPEI, Figura 11**).

4. FORNECIMENTO DE VACINAS

Um suprimento de vacina confiável e bem administrado é essencial para alcançar a interrupção da poliomielite; também é necessário para obter a certificação de erradicação da poliomielite. Para garantir um fornecimento ininterrupto das vacinas orais e inativadas contra a poliomielite necessárias (ver **Figura 13**), a GPEI visa:

- prover uma combinação de bVOPs e VOPs monovalentes efetivas e acessíveis, licenciadas em países que a GPEI apoia, para interromper a transmissão endêmica do poliovírus e mitigar o risco de transmissão nos países não endêmicos;
- estabelecer e manter um estoque global de VOPs para responder a surtos de poliovírus que possam ocorrer após a certificação global de erradicação e após a retirada da VOP da imunização essencial; e
- garantir o fornecimento de uma mescla de vacinas inativadas para proteger as populações da paralisia induzida pela poliomielite.

Figura 13 – Vacinas contra a poliomielite, atuais e futuras, 2022-2026



bVOP = vacina oral bivalente contra a poliomielite; mVOP1 = vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 1; mVOP2 = vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 2; mVOP3 = vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 3; nVOP1 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 1; nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; nVOP3 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 3; sVIP = vacina inativada contra poliomielite Sabin; tVOP = vacina oral trivalente contra a poliomielite; wVIP = vacina inativada contra a poliomielite de cepa selvagem.

Fonte: OMS.

Situação de fornecimento de vacinas contra a poliomielite

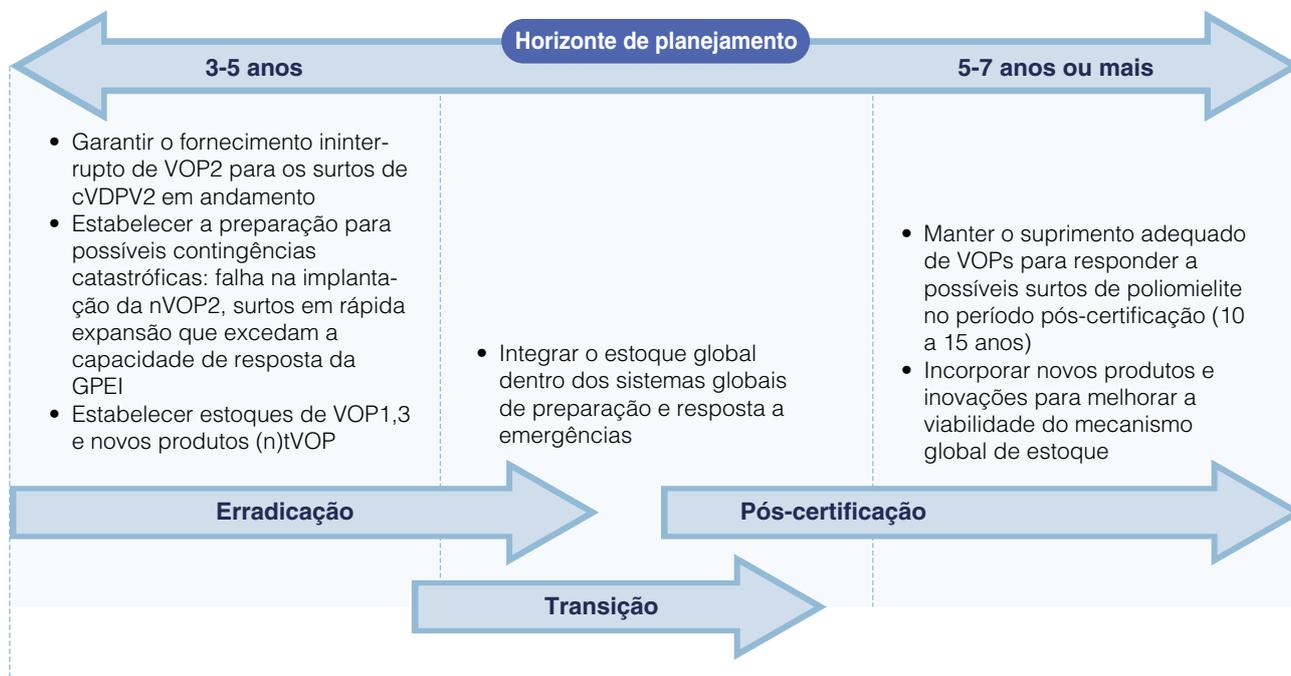
Estoque global de VOP: o estoque global de VOP é um mecanismo de longo prazo que garantirá o fornecimento de VOP além da estratégia atual de GPEI no período pós-certificação (ver **Figura 14**). O estoque foi estabelecido para fornecer VOPs em resposta a surtos de poliovírus no período pós-certificação e após a retirada da VOP da imunização essencial. A composição do estoque consistirá em uma variedade de vacinas monovalentes, polivalentes, Sabin e novas para todos os três tipos de poliovírus. O estoque global atualmente garante o fornecimento da nova vacina VOP e da VOP Sabin contra poliovírus tipo 2 (nVOP2, mVOP2 Sabin e tVOP). Vacinas contra os tipos de poliovírus 1 e 3 serão adicionados durante a vida útil dessa estratégia. A OMS é proprietária e governa o estoque global em nome da GPEI. Sua gestão cotidiana é realizada em conjunto pelo UNICEF e pela OMS com base em um acordo bilateral entre as duas agências. No âmbito da estratégia atual, o planejamento e a supervisão do estoque global são conduzidos pela Equipe de Tarefa de Fornecimento de Vacinas em colaboração com o Grupo de Trabalho da Nova Vacina Oral Contra a Poliomielite Tipo 2 (nVOP2 GT), o ORPG e outras equipes técnicas, quando necessário. Mudanças no estoque global requerem análise e endosso pelo Comitê de Estratégia (SC) e pelo POB.

bOPV: durante a vida útil da atual estratégia GPEI, à medida que o programa se aproxima e atinge a interrupção do WPV, o fornecimento de bVOP será reduzido gradualmente. O programa manterá um fornecimento constante de vacinas de baixo custo para atender às necessidades preventivas de SIA e um estoque tampão suficiente para mitigar aumentos de curto prazo na demanda de vacinas, que incluem mudanças no calendário de SIA e respostas a surtos e eventos de poliovírus tipos 1 e 3.

VIP: trabalhando em estreita colaboração com a Gavi, a GPEI continuará seu foco em um mercado saudável para VIP, que inclui disponibilidade suficiente, uma base diversificada de fornecedores e preços acessíveis. Essa colaboração permitirá que a VIP seja gerenciada de forma holística como parte dos esforços gerais de aquisição de vacinas do sistema de imunização, seja como uma vacina autônoma ou como parte de uma vacina hexavalente contendo VIP. A orientação dos órgãos consultivos, incluindo o SAGE, seu Grupo de Trabalho de Poliomielite e o IMB, será fundamental para propor estratégias apropriadas e baseadas em evidências para mitigar riscos por meio da alocação prioritária de VIP, quando necessário. Nos próximos anos, as agências parceiras da GPEI apoiarão os países à medida que introduzem uma segunda dose da VIP em seus sistemas de imunização essencial em alinhamento com a recomendação do SAGE²⁸.

Novos produtos: a GPEI também está trabalhando para expandir seu portfólio de vacinas contra a poliomielite. Ao longo da vida útil dessa estratégia, espera-se que a GPEI implante novas VOP tipos 1 e 3 como vacinas monovalentes e combinadas, que, tal como a nVOP2, devem ser geneticamente mais estáveis do que suas contrapartes Sabin. Além disso, uma gama de novos produtos VIP está sendo desenvolvida.

Figura 14 – Objetivos globais de estoque de VOP e horizonte de planejamento



cVDPV2 = poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2; nVOP2 = nova vacina oral contra poliomielite tipo 2; (n)tVOP = (nova) vacina oral trivalente contra poliomielite; VOP = vacina oral contra poliomielite; VOP1,3 = vacina oral contra poliomielite tipos 1 e 3; VOP2 = vacina oral contra poliomielite tipo 2.
Fonte: OMS.

²⁸ Reunião do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização, 31 de março a 1º de abril de 2020: conclusões e recomendações. Wkly Epidemiol Rec. 2020;22:241-56 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332218/WER9522-eng-fre.pdf>, acessado em 15 de junho de 2021).

5. PESQUISA

A P&D desempenhou e continua a desempenhar um papel fundamental na erradicação da poliomielite. A pesquisa é um fator facilitador para identificar atividades de erradicação efetivas, garantir e consolidar as conquistas do programa e definir políticas para a era pós-certificação (ver no **Anexo J** o pipeline atual de P&D).

O Comitê de Pesquisa da Poliomielite (PRC) garante uma forte coordenação e colaboração na agenda geral de pesquisa do programa entre as agências parceiras da GPEI. As equipes de pesquisa das agências parceiras, em coordenação com grupos como o PRC, contribuem para identificar lacunas de conhecimento, aconselhando sobre necessidades de pesquisa e acompanhando novos dados e desfechos. Os dados de pesquisa coordenados por esse mecanismo são fornecidos ao SAGE para decisões estratégicas e recomendações.

Uma área-chave de foco é a P&D de novas vacinas contra a poliomielite, incluindo:

- novas vacinas orais contra a poliomielite geneticamente mais estáveis [nVOP2 como a atual vacina de alta prioridade, bem como a nova vacina oral contra a poliomielite tipo 1 (nVOP1) e tipo 3 (nVOP3)] para finalmente substituir a VOP Sabin após a pré-qualificação e licenciamento final dessas vacinas;
- a VIP Sabin para fornecer um suplemento custo-efetivo para as VIPs atuais a fim de atender aos requisitos do mercado global;
- vacinas de partículas semelhantes ao vírus da poliomielite (VLP) que podem se tornar a vacina ideal no período pós-certificação, pois podem ser produzidas fora dos requisitos de contenção; e
- tecnologias de plataforma de ácido ribonucleico mensageiro (mRNA) para o desenvolvimento de vacinas não infecciosas contra a poliomielite.

A priorização das soluções estabelecidas nessa estratégia requer pesquisa direcionada (ver a **Matriz de áreas de pesquisa da poliomielite e a tabela de impacto** no **Anexo J**). A identificação das lacunas de conhecimento e a busca de novas áreas de P&D para apoiar inovações ajudarão bastante na criação de um ambiente favorável para alcançar e manter a erradicação global da poliomielite.

Com o foco dessa estratégia na provisão intensificada de vacinas contra a poliomielite na imunização essencial e suplementar, a pesquisa apoiará a melhoria da cobertura por meio de pilotos de campo que abrangem áreas epidemiológicas e operacionais. Os pilotos contribuirão para melhorar a comunicação do programa, fortalecer o engajamento da comunidade, minimizar a hesitação vacinal, garantir a equidade de gênero e integrar as atividades da poliomielite com outros serviços de saúde e desenvolvimento. O aumento da coordenação com a vigilância e a GPLN fortalecerá a inovação em torno de ferramentas de detecção e diagnóstico rápidas, permitindo ainda mais o sucesso da estratégia.

A P&D sempre foi avaliada como de alta relação custo-benefício e se tornou ainda mais relevante no atual contexto de erradicação da poliomielite. Os dados e experiências da pesquisa da poliomielite serão muito úteis para impulsionar o legado das contribuições científicas na provisão de outras intervenções globais de saúde pública.

6. ESQUEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para avaliar o progresso em relação aos principais marcos e metas descritos neste documento, a GPEI desenvolveu um esquema de M&A de alto nível com desfechos e KPIs desejados específicos (ver o **Anexo F**). Embora as áreas específicas do programa tenham dedicado indicadores detalhados, esse esquema fornece uma ferramenta para análise do progresso feito em relação aos objetivos estratégicos e aos elementos impulsionadores do sucesso para se alcançar a erradicação. A GPEI avaliará trimestralmente o progresso feito em relação a cada um dos KPIs. O SC analisará o progresso feito em relação aos KPIs em nível de desfecho e, se necessário, levantará as principais áreas de preocupação para o POB, ao passo que o POB analisará trimestralmente os KPIs no nível da meta. Uma avaliação rigorosa do progresso do programa em relação aos marcos da estratégia será realizada perto do final de 2023.

Gerenciamento de riscos

O gerenciamento de risco operacional impulsiona muitos aspectos do trabalho da GPEI, incluindo o planejamento de campanhas preventivas de imunização, vigilância, resposta a surtos, fornecimento de vacinas, P&D e gestão financeira.

Para esta **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026**, a GPEI leva adiante o gerenciamento de risco, identificando e monitorando os principais riscos de nível superior e os riscos estratégicos (ver a **Tabela 1**), que serão relatados periodicamente por meio da governança da GPEI.

Tabela 1 – Principais riscos estratégicos

Breve descrição	Descrição
Risco de propagação do VDPV	Há um alto risco de disseminação internacional contínua e de surtos de cVDPV2 em vários países devido ao declínio da imunidade tipo 2 da população, a sistemas de imunização essenciais fracos e a novas sementeiras devido ao uso da VOP2 Sabin. A disseminação contínua pode sobrecarregar a capacidade da GPEI de responder tanto em termos de capacidade técnica quanto de financiamento disponível para o programa.
Recursos inadequados	Maiores exigências no tocante a surtos, suprimentos de vacinas e falta de progresso nos países endêmicos podem fazer com que as demandas do programa excedam os recursos disponíveis. Isso pode resultar no risco de não ser possível manter o nível de apoio necessário pela GPEI e esgotar os fundos antes que o trabalho seja concluído.
Acesso insuficiente	A impossibilidade de alcançar todas as crianças com a VOP nos reservatórios remanescentes da poliomielite se deve à insegurança, restrições de acesso, indiferença e desconfiança da comunidade resultando em bolsões de crianças não vacinadas, aumentando o risco de não se conseguir erradicar o poliovírus.
Vigilância fraca	O risco de transmissão contínua não detectada da poliomielite se deve à fraca vigilância nas áreas de alto risco. A vigilância pode ser enfraquecida por meio de acesso limitado em áreas com segurança prejudicada, treinamento pouco frequente de vigilância, profissionais de laboratório e de dados e o desvio de recursos da poliomielite para outras áreas, como a COVID-19. A possível retirada do apoio da GPEI poderia enfraquecer as capacidades e os sistemas de saúde dos países sem uma vigilância robusta.
Gênero não integrado	Uma expressão insuficiente de gênero nas estratégias, no planejamento, nos orçamentos, nas operações e na governança pode ter um efeito prejudicial na capacidade do programa de atingir a meta de erradicação.
Integração deficiente	O risco de que a erradicação seja prejudicada sem a prestação de serviços integrados é em grande parte devido a recursos inadequados e ausência de um foco claro de gerenciamento nos serviços integrados dentro da GPEI.
Pouco comprometimento do governo	Insuficiente compromisso político, financeiro ou de recursos por parte dos governos pode prejudicar o esforço de resposta à erradicação da poliomielite.
Perda da confiança ou do apoio de doadores	A perda de apoio dos doadores devido ao fraco desempenho da erradicação ou à falha da GPEI em abordar os principais critérios dos doadores pode levar à redução de recursos para o programa.
Falha na resposta efetiva da GPEI	A GPEI pode não responder aos problemas complexos da erradicação da poliomielite em termos de qualidade e/ou tempo hábil das operações de emergência.
Indiferença da sociedade civil	A indiferença da sociedade civil em relação à erradicação da poliomielite pode levar a resultados abaixo do ideal e ao possível fracasso na erradicação do WPV1 ou na contenção de VDPVs.

Os riscos descritos na Tabela 1 são transversais, permitem uma visão mais ampla e equilibrada do ambiente de risco da estratégia e estão intimamente alinhados com os quatro pilares do gerenciamento de risco GPEI: riscos operacionais (internos), engajamento e compromisso do governo (externos), confiança dos doadores ou das partes interessadas (financeiros) e engajamento da comunidade ou da sociedade civil (comunidades atendidas).

Além de identificar e gerenciar ativamente esses riscos estratégicos, a GPEI continuará a implementar atividades de gerenciamento de risco (através das atividades de agências parceiras, grupos de gestão e comunidades técnicas de prática) adequadas às respectivas necessidades funcionais e operacionais. Esses riscos operacionais – conforme evidenciado em outras partes da estratégia – continuam a ser tratados em um nível operacional. Essas atividades de gerenciamento de riscos operacionais e administrativos são complementadas por processos de gerenciamento de riscos corporativos estabelecidos nas respectivas organizações parceiras.

Esquema de gerenciamento de risco. Além de identificar os riscos estratégicos, o esquema exige um processo transparente de gerenciamento de riscos dentro da governança da GPEI para monitorar os principais riscos para a realização da estratégia.

Esse processo é baseado nas melhores práticas e incorpora ferramentas e processos padrão de gerenciamento de risco que incluem:

- um *registro de risco estratégico* que identifique o risco, os proprietários do risco, o impacto e a probabilidade associados, bem como as medidas de mitigação e o estado atual do risco (ver o **Anexo E**, Tabela E1); e
- um *processo de avaliação periódica* semestral com o objetivo de fazer um balanço dos riscos por meio de um processo de autoavaliação, fornecer à administração mudanças no ambiente de risco, examinar novos riscos, comparar o ambiente de risco atual com o período anterior e permitir uma resposta gerencial oportuna para lidar com as mudanças no ambiente de risco. Relatórios periódicos de risco são retransmitidos através do SC para o Comitê de Responsabilização Financeira e para o POB, conforme necessário.

O gerenciamento de risco GPEI será implementado dentro do esquema mais amplo de M&A e será coordenado na Unidade de Gestão Executiva com linhas de notificação direta ao SC (ver **estrutura GPEI, Figura 11**).

7. FINANÇAS E CUSTOS

O cronograma para interromper a transmissão é o maior fator de custo e determina a trajetória de gastos ao longo da vigência da **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026**. Portanto, o programa desenvolveu estimativas de custo com base em quatro situações de modelagem exclusivas com cronogramas de erradicação variados (ver a **Tabela 2**). A situação mais alinhada à estratégia, que pressupõe a interrupção do WPV em até dois anos do lançamento da estratégia (até o final de 2023) e a certificação em cinco anos, tem uma estimativa de custo inicial de US\$ 5,1 bilhões em cinco anos²⁹.

Tabela 2 – Custo estimado de vários cronogramas de erradicação

Cronograma de erradicação	Custo projetado de cinco anos (US\$)
Interromper a transmissão de WPV em 1 ano e certificar em 4 anos	4,5 bilhões
Interromper a transmissão de WPV em 2 anos e certificar em 5 anos	5,1 bilhões
Interromper a transmissão de WPV em 3 anos e certificar em 6 anos	5,5 bilhões
Interromper a transmissão de WPV em 5 anos e certificar em 8 anos	6,2 bilhões

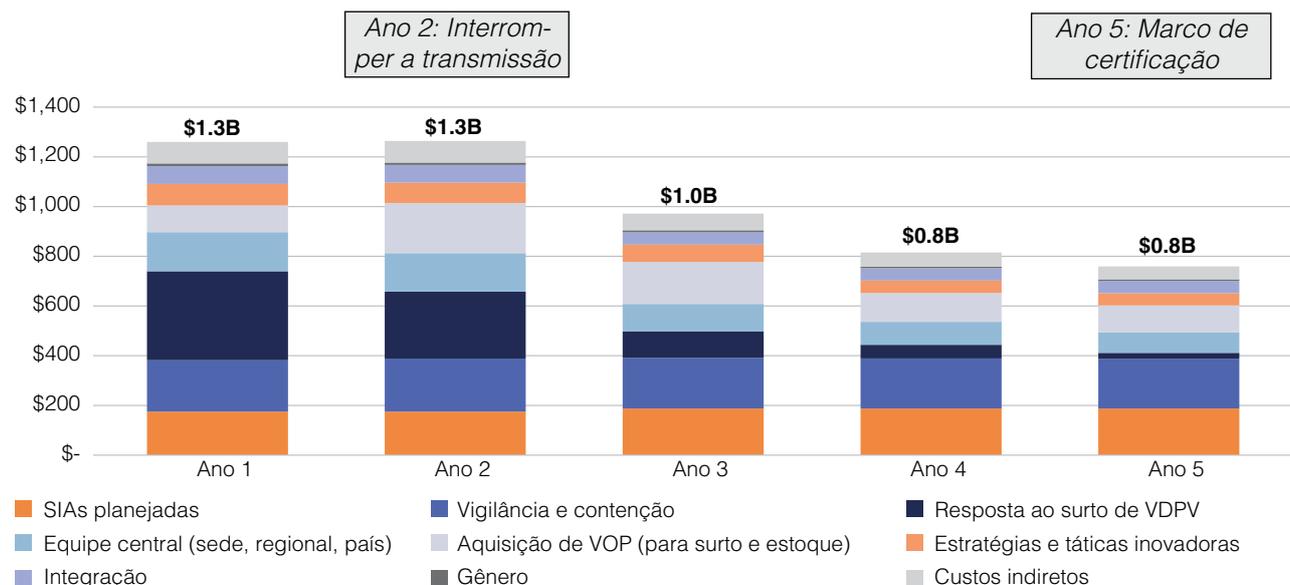
As principais áreas de gastos na estimativa indicativa de US\$ 5,1 bilhões incluem SIAs (principalmente em países endêmicos), vigilância robusta, resposta em larga escala a surtos de cVDPV e um estoque de VOP de tamanho adequado, campanhas integradas e de gênero (que, pela primeira vez, é uma suposição de planejamento discreta na estimativa de custo)³⁰, e serviços essenciais de saúde e comunitários, melhorias na qualidade da campanha e funcionários dos escritórios nacionais, regionais e da sede para apoiar a erradicação (ver **Figura 15**).

A situação de US\$ 5,1 bilhões pressupõe que os custos totais permaneçam altos nos dois anos iniciais e depois diminuam quando o programa for interrompido e iniciarem os esforços de certificação no terceiro ano. Assim que o marco de certificação for alcançado, os custos se estabilizarão à medida que o programa começar a implementar a *Estratégia de Pós-Certificação* (ver a seção **Preparação para o mundo pós-certificação**). A transição antecipada das funções apoiadas pela poliomielite para outros programas com fontes alternativas de apoio reduziria a exigência de recursos da GPEI, mas as projeções dessas mudanças não foram levadas em consideração nessas situações.

À medida que os detalhes dessa nova estratégia forem elaborados e à medida que os possíveis impactos remanescentes da pandemia no planejamento da implementação se tornarem claros, o programa aproveitará essa estimativa inicial como um dos aportes para a GPEI desenvolver um orçamento operacional plurianual detalhado. O orçamento operacional da GPEI para 2022-2026 será aprovado pela liderança da GPEI no final de 2021. Variáveis como o tamanho e a duração dos surtos, o potencial para a transição das funções atuais apoiadas pela GPEI para outros programas e outros fatores (por exemplo, estratégias de integração e exigências de estoque) podem aumentar ou diminuir os requisitos financeiros. A mobilização de recursos desta estratégia será guiada por um portfólio de investimentos para a GPEI que será apresentado em 2021 e contará com fontes de financiamento existentes e novas. O orçamento será reavaliado regularmente para garantir o alinhamento duradouro com as prioridades programáticas e para financiar as intervenções mais impactantes e econômicas.

²⁹ O orçamento aprovado pelo POB e os detalhes do orçamento estarão disponíveis no site da GPEI (www.polioeradication.org/financing).

³⁰ O custo estimado para implementar esta estratégia inclui uma alocação de 1% para atividades relacionadas ao gênero, que está incluída na Figura 14, mas não é visível devido ao valor relativamente pequeno.

Figura 15 – Custo anual estimado da nova estratégia contra a poliomielite (US\$ bilhões)

HQ = sede; VOP = vacina oral contra a poliomielite; SIA = atividade de imunização suplementar; VDPV = poliovírus derivado da vacina.
 Fonte: OMS.

Custos adicionais necessários para alcançar a erradicação

O orçamento da GPEI não será suficiente por si só para implementar totalmente esta estratégia e alcançar a erradicação. Além dos elementos do programa capturados dentro de um requisito indicativo de recursos de US\$ 5,1 bilhões, por exemplo, o programa exigirá fundos para apoiar a VIP através da Gavi e imunização essencial, estoques adicionais pré-cessação, pesquisa e quaisquer iniciativas de integração importantes além daquelas que estavam inicialmente no escopo desta situação de orçamento. (Por exemplo, muitas dessas iniciativas de integração exigirão colaboração com outros programas de saúde para fornecer um pacote combinado de serviços, de modo que o orçamento será refinado à medida que as discussões avançam.) Como nos anos anteriores, a GPEI está comprometida em trabalhar com a Gavi para fortalecer a imunização global e defender a causa do financiamento nesse espaço.

Tracking resources to target gender equality

A integração da “visibilidade” de gênero ao longo do ciclo orçamentário garante a responsabilização pelos compromissos com a equidade de gênero e a erradicação. Para fornecer maior visibilidade, a GPEI desenvolverá uma nova ferramenta de marcador de gênero como um sistema de pontuação (ver a **Tabela 3**) para garantir recursos para atividades de gênero e rastrear alocações para atividades que visam a equidade de gênero, tanto alocações de financiamento diretas quanto indiretas (ver a **Figura 15**). As atividades com pontuação 2 irão contra a linha orçamentária direta ou dedicada ao gênero. Os marcadores de gênero serão complementados por métricas de gênero adicionais para mensurar o investimento e os desfechos (ver **Anexo I**).

Tabela 3. Sistema de pontuação de três pontos para marcadores de gênero

Atividade	Definição
Não objetivo (pontuação 0)	A atividade não visa gênero ou equidade de gênero (por exemplo, aquisição de vacinas)
Objetivo significativo (pontuação 1)	Gênero e equidade de gênero são importantes, mas não são o objetivo principal da atividade (por exemplo, vigilância de PFA)
Objetivo principal (pontuação 2)	Gênero é o objetivo principal e contribui para a equidade de gênero (por exemplo, treinamento sobre gênero, assistência técnica ou salvaguarda)

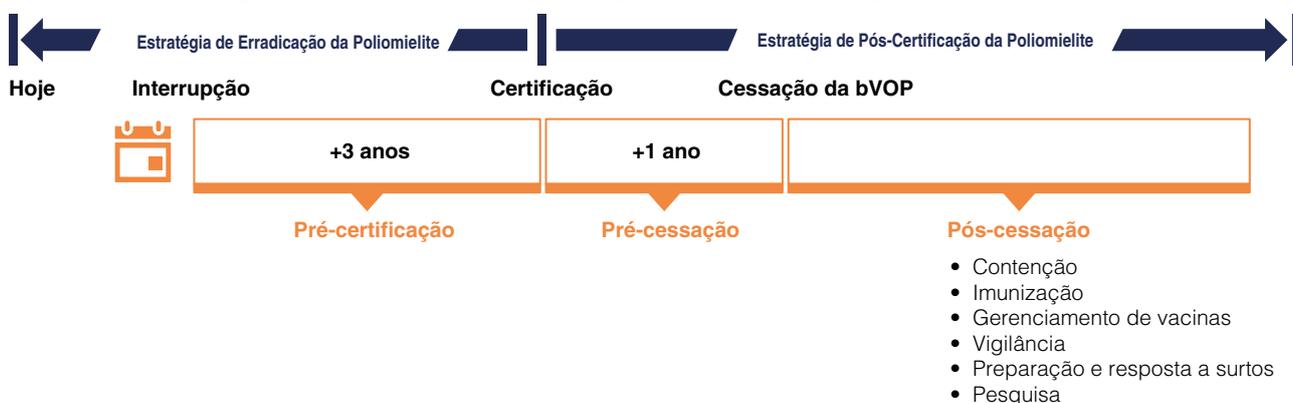
PREPARAÇÃO PARA O MUNDO PÓS-CERTIFICAÇÃO

A *Estratégia de Pós-Certificação* (PCS) descreve as funções e padrões técnicos necessários para manter um mundo livre da poliomielite, funções que incluem contenção, imunização com vacinas apropriadas contra a poliomielite, vigilância do poliovírus e resposta a surtos (ver **Figura 16**)³¹.

A PCS provê três metas principais para orientar as atividades no período pós-certificação:

1. **Conter o poliovírus.** O foco da Meta Um é alcançar e manter o manuseio seguro e restrito de poliovírus em laboratórios, fabricantes de vacinas e outros estabelecimentos (como instituições de pesquisa) para evitar sua reintrodução em um mundo livre da poliomielite. As principais áreas de foco serão reduzir o número de estabelecimentos que armazenam e manuseiam o poliovírus no mundo inteiro e implementar e monitorar as salvaguardas apropriadas nos estabelecimentos que retêm o poliovírus.
2. **Proteger as populações.** O foco da Meta Dois é proteger as populações contra VDPVs e poliomielite parálitica associada à vacina (VAPP), preparando e coordenando a retirada global da bVOP e de qualquer ressurgimento de poliovírus, fornecendo acesso a vacinas seguras e efetivas.
3. **Detectar e responder a um evento de poliomielite.** O foco da Meta Três é detectar prontamente qualquer poliovírus em seres humanos ou no ambiente por meio de um sistema de vigilância sensível e manter a capacidade e os recursos adequados para conter ou responder efetivamente a um evento de poliomielite.

Figura 16 – Cronograma de alto nível da Estratégia de Pós-Certificação



bVOP = vacina oral bivalente contra poliomielite.
Fonte: *Estratégia de Pós-Certificação da Poliomielite*.

Para antecipar a transferência de habilidades, conhecimentos e recursos de um programa com mais de 30 anos, é importante iniciar o planejamento de implementação agora, pois a parceria GPEI se dissolverá na certificação. Uma parte significativa do tempo da equipe de poliomielite é despendida apoiando atividades relacionadas a metas mais amplas de imunização e assistência médica³². Os recursos, financiamento e sistemas atuais da poliomielite precisarão ser transferidos para grupos que apoiarão a manutenção de um mundo livre da poliomielite ou grupos que dependiam dos recursos da poliomielite para atingir seus objetivos de saúde.

Muitas dessas atividades foram incluídas em seções relevantes desta estratégia, incluindo, por exemplo, uma colaboração mais forte com a comunidade de imunização e programas de emergência de saúde para prevenir e responder a surtos.

A PCS será revisada pela GPEI e idealmente codesenvolvida com a comunidade de imunização mais ampla, e com outros “futuros proprietários” na manutenção de um mundo livre da poliomielite. Para esta estratégia 2022-2026, as duas áreas com detalhes adicionais são a contenção e a cessação da VOP.

³¹ Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI). *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>, acessado em 8 de junho de 2021).

³² Para exemplos de atividades e tempo utilizado para atingir metas mais amplas de imunização e cuidados de saúde, ver Van den Ent MM, Swift RD, Anaokar S, Hegg LA, Eggers R, Cochi SL. Contribuição da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite – Recursos Humanos Financiados para o Fortalecimento dos Programas de Imunização de Rotina nos Dez Países Focais do Plano Estratégico de Erradicação da Poliomielite e Endgame. *J Infect Dis*. 2017;216(S1):S244-9 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jiw567>, acessado em 8 de junho de 2021).

CONTER O POLIOVÍRUS

Em 2015, os Estados Membros da OMS comprometeram-se a conter todos os poliovírus tipo 2, incluindo as cepas Sabin e semelhantes a Sabin, em estabelecimentos essenciais para poliovírus (PEFs) especialmente designados. Compromissos semelhantes serão feitos para os tipos 1 e 3 num futuro próximo, começando pelos estoques de materiais contendo WPV e VDPV desses sorotipos. Essas atividades foram incluídas na resolução que os Estados Membros adotaram na Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde em 2018, que insta a intensificação dos esforços para acelerar o progresso na contenção do poliovírus no mundo inteiro³³. Em maio de 2021, 24 países designaram 74 PEFs para a retenção de materiais de poliovírus tipo 2. Esses estabelecimentos estão localizados principalmente em países de alta renda e incluem fabricantes de vacinas contra a poliomielite, laboratórios de pesquisa e outros estabelecimentos que armazenam ou processam materiais biológicos. O processo de obtenção de Certificados de Participação dos PEFs está em fase de conclusão, a ser seguido num futuro próximo pela obtenção de Certificados Provisórios de Contenção e, por fim, de Certificados de Contenção para os três tipos de poliovírus. Essas atividades continuarão durante o prazo desta estratégia para garantir que todos os materiais do poliovírus tipo 2 sejam destruídos ou contidos de forma segura e que mais progresso seja feito para controlar o estoque de materiais dos tipos 1 e 3 e reduzir o número de PEFs.

Será fundamental implementar e monitorar a contenção do poliovírus a longo prazo em estabelecimentos com salvaguardas apropriadas para manter um mundo livre da poliomielite. As atividades de transição são necessárias agora para que a contenção esteja em pleno vigor na PCS (ver **Figura 17**). Os estabelecimentos que retêm materiais de poliovírus e são designados como PEFs precisarão atender e manter as salvaguardas exigidas pelo GAPIII e permitir a avaliação periódica por auditores e autoridades nacionais para contenção (NACs)³⁴. Os NACs renovarão, modificarão ou retirarão os Certificados de Contenção, em coordenação com a OMS e o Grupo de Trabalho de Contenção da Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (GCC-CWG) ou outros órgãos de supervisão. Os NAC são órgãos relativamente novos e, como tal, requerem apoio político nos seus Estados Membros. A defesa de causa continua sendo fundamental para o processo, e todos os órgãos, do nível nacional ao global, precisam de um entendimento comum do processo e dos requisitos de certificação de contenção global.

Ao se preparar para uma possível violação, a OMS desenvolveu orientações para o gerenciamento de pessoas expostas em países que possuem PEFs³⁵. A situação de violação da contenção também foi incorporada nos exercícios de simulação de surtos de poliomielite. Esses exercícios teóricos de dois dias provaram ser informativos na identificação de diferenças nas autoridades nacionais e mandatos para isolamento e quarentena e relatórios de RSI.

Ver no **Anexo K** as atualizações sobre o progresso rumo às metas de contenção.

Figura 17 – Principais atividades de contenção, 2022-2026



¹ Possíveis desenvolvimentos incluem a substituição de culturas de vírus por outros ensaios no diagnóstico de infecção por poliovírus ou a produção de vacinas usando cepas de poliovírus geneticamente modificadas ou partículas semelhantes a vírus.

² O GCC-CWG continuará a implementar o CCS até a certificação WPV global, momento em que essa supervisão será assumida pelo órgão apropriado.

CCS = Esquema de Certificação de Contenção; GAPIII = Plano de Ação Global para minimizar o risco de poliovírus associado a estabelecimentos pós-erradicação, terceira edição; GCC-CWG = Grupo de Trabalho de Contenção da Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite; NAC = autoridade nacional para contenção; PEF = estabelecimento essencial para poliovírus; WPV = poliovírus selvagem.

Fonte: OMS.

³³ Resolução WHA71.16. Poliomielite – contenção de poliovírus. Em: Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde, Genebra, 26 de maio de 2018. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R16-en.pdf, acessado em 16 de junho de 2021).

³⁴ GAPIII: Plano de Ação Global da OMS para minimizar o risco de poliovírus associado a estabelecimentos após a erradicação tipo específica do poliovírus selvagem e a cessação sequencial do uso da vacina oral contra a poliomielite, terceira edição. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf, acessado em 8 de junho de 2021).

³⁵ Gestão de Saúde Pública da Exposição a Poliovírus Vivos Relacionados a Estabelecimentos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; outubro de 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/Public-Health-Management-of-a-facility-PV-exposure.pdf>, acessado em 11 de junho de 2021).

CESSAÇÃO DA VOP

A cessação da VOP é fundamental para interromper a ocorrência de VAPP e remover o risco primário de surgimento de todos os tipos de VDPVs. O planejamento para a retirada da VOP começará pelo menos dois anos antes da cessação, com base nas lições aprendidas com a mudança de tVOP para bVOP. A política de cessação da VOP abordará três questões principais: estratégias para SIAs pré-cessação; a disponibilidade de novas opções de vacinas geneticamente mais estáveis; e o intervalo de tempo entre a certificação da erradicação e a cessação da VOP. Devem ser implementadas SIAs com VOP contendo tipos 1 e 3 (Sabin ou nova) durante um período de tempo nos anos anteriores à cessação e não apenas durante o período imediato pré-cessação, para manter a imunidade persistentemente alta em nível populacional. Permanecem incertezas quanto ao número ideal dessas SIAs.

A partir do segundo trimestre de 2021, projeta-se que a nVOP1 e a nVOP3 estejam disponíveis por meio do processo de pré-qualificação da OMS (PQ) até o segundo trimestre de 2025 e o primeiro trimestre de 2026, respectivamente, presumindo esforços de desenvolvimento clínico e de fabricação bem-sucedidos nos próximos anos. Espera-se que uma decisão sobre o desenvolvimento clínico da nova VOP multivalente seja tomada até o segundo trimestre de 2022. Para cada um desses novos produtos VOP, a opção de EUL poderia ser explorada, o que poderia resultar em disponibilidade para uso de resposta a surtos pelo menos um ano antes da programação de PQ projetada.

Vários fatores podem contribuir para as estimativas ideais no período entre a certificação da erradicação e a cessação da VOP, incluindo a avaliação da cobertura e qualidade das SIAs nos anos anteriores à cessação, cobertura da VIP na imunização essencial, avaliação do tamanho do estoque e a viabilidade do uso precoce de novas formulações da VOP em SIAs pré-cessação. Além disso, as melhores estimativas do risco de poliovírus circulantes derivados de vacina tipos 1 e 3 e uma carga de VAPP atualizada por sorotipo fortaleceriam a formulação de políticas em relação à cessação. A disponibilidade de ferramentas para mitigação de risco, tais como antivirais contra poliomielite, pode aumentar ainda mais as chances de minimizar os riscos de transmissão comunitária a partir de disseminadores de poliovírus a longo prazo na era pós-cessação.



ANEXO A. LISTA DE CONSULTA ÀS PARTES INTERESSADAS

A GPEI solicitou contribuições de um amplo conjunto de partes interessadas para moldar a direção futura do programa no esforço coletivo final de alcançar a erradicação da poliomielite. Esse engajamento externo foi o mais extenso até o momento em qualquer estratégia GPEI e incluiu as partes interessadas listadas abaixo³⁶. Temas comuns nos feedbacks e questões levantadas sobre o desenvolvimento da estratégia podem ser revistos no Relatório de Consulta às Partes Interessadas³⁷.

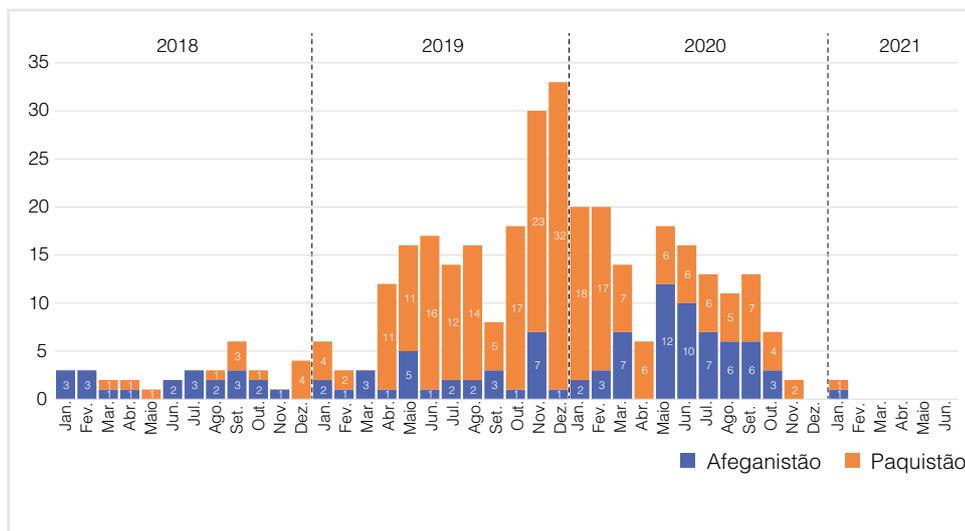
- Sociedade do Crescente Vermelho do Afeganistão
- Equipes de provisão de vacinas e de poliomielite da Fundação Bill & Melinda Gates
- Camber Collective
- Centro de Programas Integrados de Saúde (CIHP)
- Centro de Treinamento, Pesquisa e Desenvolvimento em Ciências da Saúde (CHESTRAD), Global
- Christian Medical College, Vellore
- Grupo da Sociedade Civil
- Programa de Desenvolvimento Humano e Institucional da Sociedade Civil
- Tópico comum
- Iniciativa de Comunicação
- Grupo CORE
- Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre a propagação internacional do poliovírus
- Gavi, a Aliança de Vacinas
- Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (GCC)
- Mecanismo de Financiamento Global
- Grupo de Trabalho do Plano Global de Ação de Vacinas (GVAP), agora Agenda de Imunização 2030 (AI2030)
- Projeto Global Virome
- Governo do Afeganistão
- Governo da Austrália
- Governo do Canadá
- Governo do Egito
- Governo da União Europeia
- Governo da Alemanha
- Governo da República Islâmica do Iraã
- Governo do Japão
- Governo da Noruega
- Governo do Paquistão
- Governo do Sudão
- Governo dos Emirados Árabes Unidos
- Governo do Reino Unido
- Governo dos Estados Unidos da América
- Grupos de Gerenciamento e Equipes de Tarefas da GPEI
- Parceiros da GPEI (equipes de imunização e de emergência em nível global e regional)
- Colégio Imperial de Londres
- Conselho de Monitoramento Independente (IMB)
- Instituto de Modelagem de Doenças (IDM)
- Centro Internacional para Pesquisa de Doenças Diarreicas (ICDDR)
- John Snow, Inc.
- Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg
- Kid Risk, Inc.
- Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite no Paquistão
- Grupo de Parceiros da Poliomielite (PPG)
- RESULTS UK
- Rotary
- Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) em Imunização e seu Grupo de Trabalho de Poliomielite (SAGE-WG)
- Grupos Consultivos Técnicos (TAGs) para países e regiões endêmicas
- The Women's Storytelling Salon
- Conselho Independente de Monitoramento da Transição da Poliomielite (TIMB)
- Seção de Saúde do UNICEF, sede de NY
- Unidade de Imunização do UNICEF
- Divisão de Suprimentos do UNICEF
- Fundação das Nações Unidas (UNF)
- Universidade de Michigan
- Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, Gillings School of Global Public Health
- Universidade de Oxford
- Equipes de Poliomielite e Imunização dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA
- Fabricantes de vacinas
- Rede de Vacinas para Controle de Doenças
- VITAL Paquistão
- Estados Membros da Assembleia Mundial da Saúde
- Pontos focais do escritório regional da OMS e do UNICEF para a poliomielite e o Programa Ampliado de Imunização (PAI)
- Escritórios da OMS no país
- Assuntos Multilaterais do Enviado do Diretor-Geral da OMS
- Divisão de Ciência da OMS
- Divisão de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis da OMS
- Centro de Equidade de Gênero da Rede Global da Força de Trabalho em Saúde da OMS
- Programa de Emergências de Saúde da OMS (WHE)
- Fortalecimento dos Sistemas de Saúde da OMS
- Imunizações, Vacinas e Biológicos da OMS
- Equipe de Transição da Poliomielite da OMS
- Mobilização de Recursos da OMS

³⁶ Uma lista completa por organização e ponto focal está disponível mediante solicitação.

³⁷ Para ver ou baixar o Relatório de Consulta da Estratégia, acesse o site da GPEI (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/07/Stakeholder-Consultation-Report-20210708.pdf>).

ANEXO B. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ATUAL

Figura B1 – Casos mensais de WPV1, Afeganistão e Paquistão, janeiro de 2018 a junho de 2021

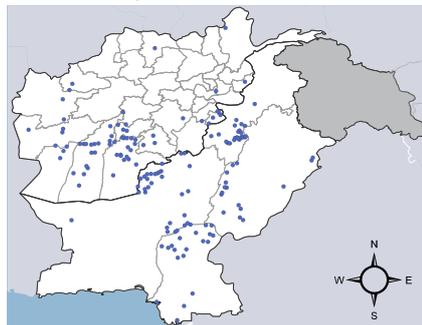


Destaques do WPV1

- A contagem de casos foi significativamente maior em 2019 e 2020 do que nos anos anteriores.
- Em 2020, 140 casos de WPV1 foram relatados (56 do Afeganistão e 84 do Paquistão), em comparação com 176 casos em 2019 (29 do Afeganistão e 147 do Paquistão) (ver **Figura B2**).

Fonte: OMS.

Figura B2 – Casos de WPV1 no Afeganistão e Paquistão, janeiro de 2020 a junho de 2021



Escala do mapa: 1cm = 64km
Sistema de coordenadas: GCS WGS 1984, Datum: WGS 1984, Unidades: Graus

● Casos de PFA ■ Não aplicável

PFA = paralisia flácida aguda

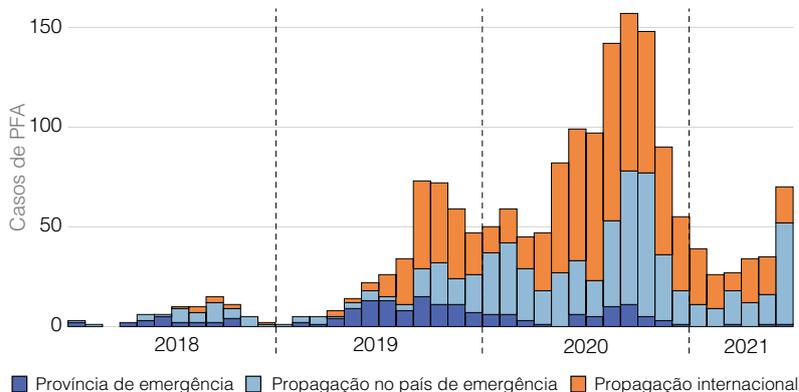
Fonte: OMS.

Destaques do cVDPV2

Entre 2019 e 2020, os casos de cVDPV2 triplicaram (ver **Figura B3**). Em 2020, os casos de cVDPV2 totalizaram 1.056 no mundo inteiro (com 308 do Afeganistão, 135 do Paquistão, 99 do Chade e 81 da República Democrática do Congo); ao passo que os casos de 2019 totalizaram 366 (com apenas 22 no Paquistão e nenhum no Afeganistão). O vírus continuou a se espalhar por toda a região africana, com surtos do Atlântico ao Oceano Índico; o vírus das Filipinas se espalhou a partir do país e da região para a Malásia; e o vírus do Afeganistão e Paquistão se espalhou para a República Islâmica do Irã e para o Tajiquistão (ver **Figura B4**). Essas regiões e países continuaram a vivenciar a expansão dos surtos de cVDPV2 existentes.

* A GPEI fornece atualizações semanais sobre a epidemiologia global dos poliovírus circulantes derivados de vacina (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus/>).

Figura B3 – Casos mensais de cVDPV2, por área de caso, janeiro de 2018 a junho de 2021



Fonte: OMS.

Fonte: Todos os dados são da WHO POLIS e foram atualizados em agosto de 2021.

Desde 2018, a GPEI observou um aumento nos casos de WPV1 e cVDPV2 no mundo inteiro. Embora os casos de WPV1 continuem localizados nos dois últimos países endêmicos, Afeganistão e Paquistão (ver **Figura B1**), houve surtos de cVDPV2 detectados em quatro regiões. A incapacidade das operações de campanha de envolver e alcançar as comunidades restantes contribuiu para essa tendência, além de interrupções externas, tais como mudanças políticas e a pandemia da COVID-19.

Figura B4 – Isolados de vigilância ambiental global de cVDPV, janeiro de 2020 a junho de 2021

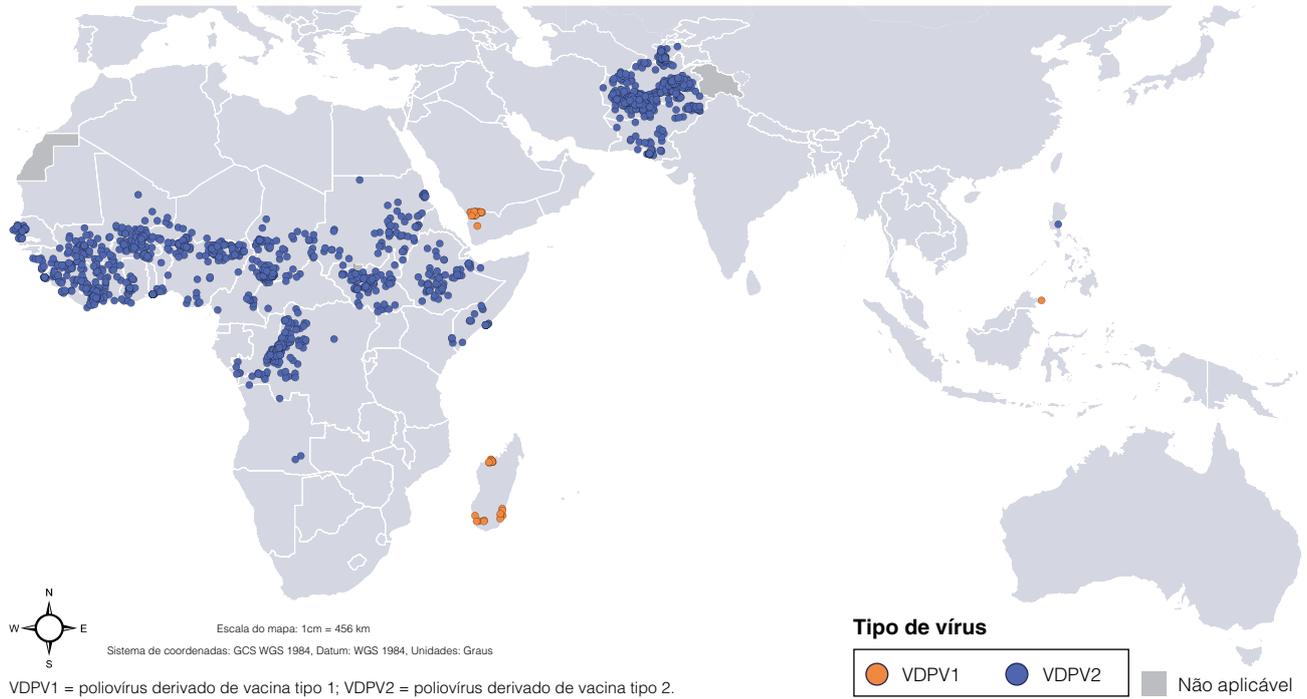
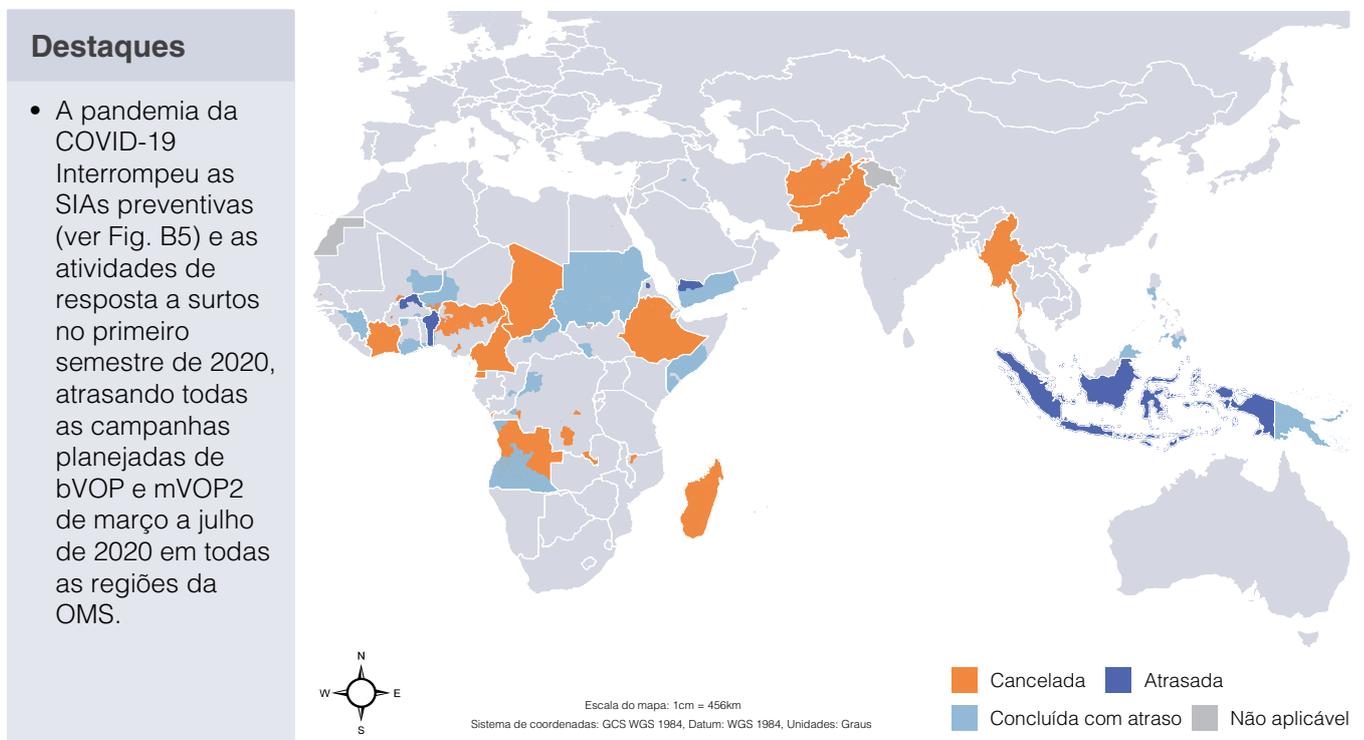
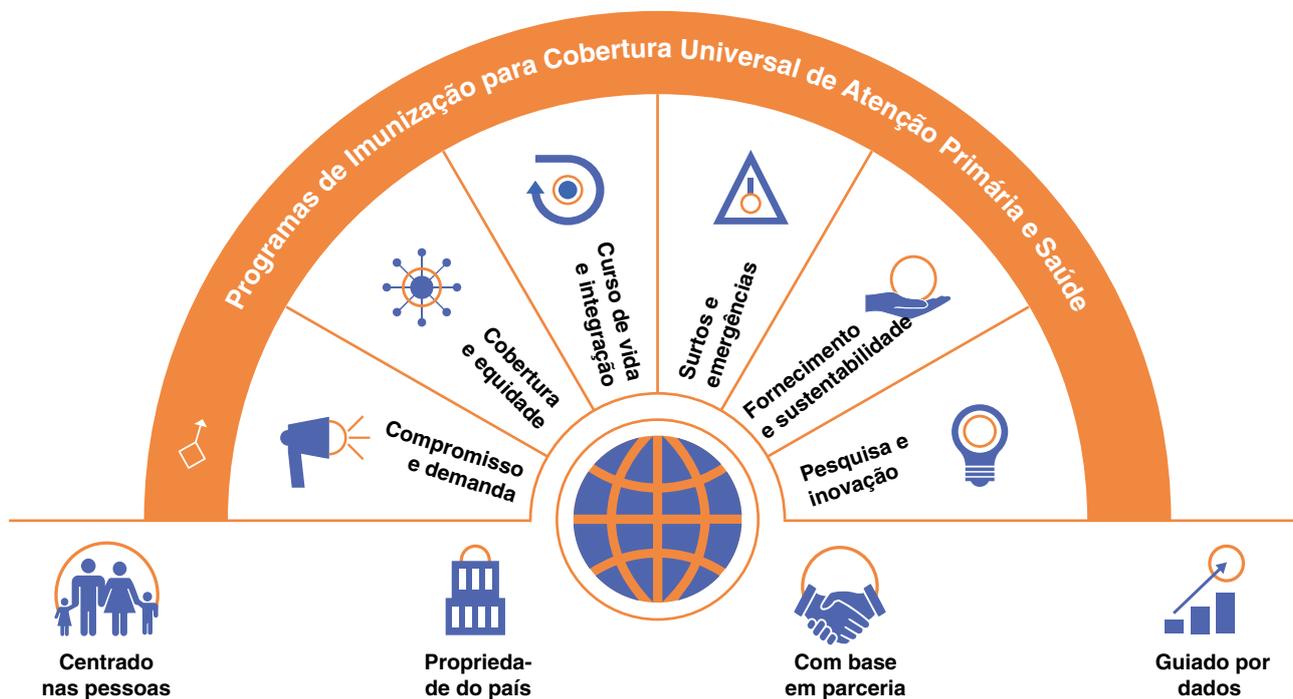


Figura B5 – Atividades complementares de imunização contra a poliomielite concluídas, atrasadas e canceladas, 2020



ANEXO C. AGENDA DE IMUNIZAÇÃO 2030

Figura C1 – Contribuições da GPEI para as prioridades estratégicas da Agenda de Imunização 2030 (AI2030)

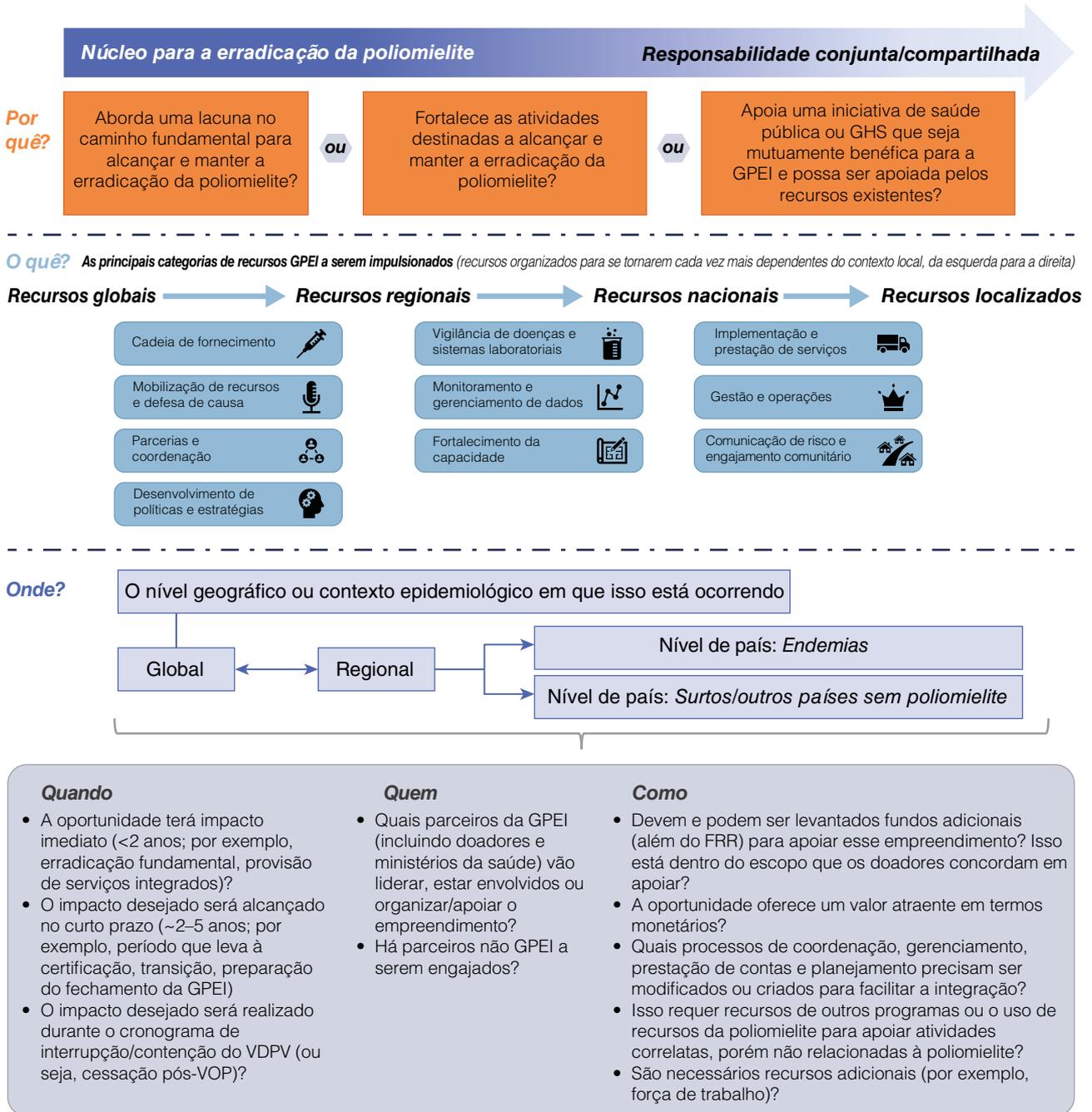


SP1 Cobertura Universal de Atenção Primária e Saúde	Apoiar a provisão de um pacote abrangente, incluindo serviços de atenção primária de saúde em regiões geográficas específicas
SP2 Compromisso e demanda	Gerar aceitação das vacinas contra a poliomielite por meio do engajamento da comunidade em contexto específico
SP3 Cobertura e equidade	Alcançar comunidades de dose zero com estratégias de provisão integradas e direcionadas e sensíveis ao gênero
SP4 Curso de vida e integração	Alcançar e manter a erradicação por meio da integração expandida e por meio de parcerias unificadas
SP5 Surtos e emergências	Utilizar capacidades emergenciais para interromper a transmissão de cVDPV e prevenir futuros surtos
SP6 Fornecimento e sustentabilidade	Garantir o fornecimento adequado de vacinas contra poliomielite e trabalhar para uma transição sustentável fora do apoio da GPEI
SP7 Pesquisa e inovação	Promover a pesquisa da poliomielite e inovações programáticas, incluindo o uso de nVOP e tecnologias digitais

cVDPV = poliovírus circulante derivado da vacina; nVOP = nova vacina oral contra poliomielite; SP = prioridade estratégica.
 Fonte: OMS.

ANEXO D. INTEGRAÇÃO

Figura D1 – Esquema de tomada de decisão de integração



FRR = requisitos de recursos funcionais; GHS = segurança sanitária global; VOP = vacina oral contra a poliomielite; VDPV = poliovírus derivado da vacina.
 Fonte: OMS.

Tabela D1 – Papel da integração GPEI em países endêmicos

Onde?		Geografia: <i>endemias</i>	
Por quê?	Aborda uma lacuna no caminho fundamental para alcançar e manter a erradicação da poliomielite	Fortalece as atividades destinadas a alcançar e manter a erradicação da poliomielite	Apoia uma iniciativa de saúde pública ou segurança de saúde global que seja mutuamente benéfica para a GPEI e possa ser apoiada por recursos existentes
Quais atividades	<p>Melhorar a qualidade, tempo hábil e alcance das atividades de imunização essencial e SIAs para a poliomielite e outros esforços imunopreveníveis nas áreas de maior risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumentar o acesso e a utilização de serviços essenciais de imunização na região sul do Afeganistão e nos distritos de maior risco do Paquistão • integrar o planejamento de SIAs que aumente a oportunidade de provisão colaborativa da vacina contra poliomielite e outras vacinas ou outras intervenções de saúde, tais como a distribuição de vitamina A, medicamentos antiparasitários e a disseminação de mensagens de saúde materno-infantil 	<p>Apoiar a provisão de um pacote abrangente mais amplo, incluindo serviços de APS em regiões geográficas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantir que os objetivos estratégicos do programa de poliomielite sejam expressos em investimentos mais amplos em HSS e PAIs • garantir que a poliomielite contribua para as metas globais e nacionais de imunização, incluindo a redução de crianças de dose zero e os princípios básicos da AI2030 de fornecimento centrado nas pessoas, de propriedade do país e de ser guiado por dados e intervenções baseadas em parceria • defender a causa da prestação de outros serviços básicos a comunidades vulneráveis 	<p>Apoiar as iniciativas de saúde pública globais e nacionais mais amplas como um caminho para uma transição bem-sucedida do programa da seguinte maneira:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apoiar os esforços para conter a COVID-19 por meio do engajamento ativo de todas as autoridades nacionais e subnacionais, coordenando os esforços de resposta • continuar a realizar a vigilância da COVID-19, incluindo testes e rastreamento, gerenciamento de dados, comunicação de risco e vacinação • fornecer outras capacidades de resposta a emergências durante os períodos de necessidade aguda
Parceiros indicativos	<ul style="list-style-type: none"> • COEs nacionais e provinciais • Equipe de Trabalho sobre Sinergia de Imunização do Programa Ampliado de Erradicação da Poliomielite no Paquistão • Centro de endemias • PAIs 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas humanitários e de saúde adjuntos • Projeto Sehatmandi e Projeto Nacional de Apoio à Saúde • Centro de endemias 	<ul style="list-style-type: none"> • Governos nacionais e provinciais • Centro de endemias

COVID-19 = doença causada pelo coronavírus; COE = centro de operações de emergência; PAI = Programa Ampliado de Imunização; HSS = fortalecimento do sistema de saúde; AI2030 = Agenda de Imunização 2030; APS = atenção primária à saúde; SIA = atividade de vacinação suplementar.

Tabela D2 – Papel de integração da GPEI em países com surtos

Onde?	Geografia: surtos	
Por quê?	Fortalece as atividades destinadas a alcançar e manter a erradicação da poliomielite	Apoia uma iniciativa de saúde pública ou segurança de saúde global que seja mutuamente benéfica para a GPEI e possa ser apoiada por recursos existentes
Quais atividades	<p>Coordenar atividades de resposta a surtos com o PAI e parceiros de imunização de modo a aumentar o desempenho da imunização essencial em surtos e localidades geográficas adjacentes entre as rodadas de VOP, da seguinte maneira:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usar o evento de surto como uma oportunidade para sinalizar as fraquezas sistêmicas do PAI e mobilizar o apoio de parceiros de imunização mais amplos (ou seja, a Gavi) para aumentar o desempenho da imunização essencial e o alcance da vacinação, incluindo a VIP • usar sua estrutura de gerenciamento de incidentes para coordenar com os governos, a APS-PAI e parceiros a fim de coordenar e melhorar o alcance, o microplanejamento e a comunicação de modo a promover a imunização essencial e a APS • em colaboração com a Gavi e outros parceiros, com o objetivo de encaminhar o sistema para a recuperação no encerramento de um surto, aproveitando o evento do surto para reenergizar o planejamento e a ação das autoridades de saúde nacionais, provinciais e locais 	<p>Apoiar as iniciativas de saúde pública globais e nacionais mais amplas como um caminho para uma transição bem-sucedida do programa da seguinte maneira:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apoiar os esforços para conter a COVID-19 por meio do engajamento ativo de todas as autoridades nacionais e subnacionais, coordenando os esforços de resposta • continuar a realizar a vigilância da COVID-19, incluindo testes e rastreamento, gerenciamento de dados, comunicação de risco e vacinação • fornecer outras capacidades de resposta a emergências durante os períodos de necessidade aguda
Parceiros indicativos	<ul style="list-style-type: none"> • Gavi (avaliações conjuntas, assistência a países específicos e grupos de trabalho regionais) • Equipe de resposta rápida • PAIs 	<ul style="list-style-type: none"> • POB • Gavi

COVID-19 = doença causada pelo coronavírus; PAI = Programa Ampliado de Imunização; VIP = vacina inativada contra a poliomielite; VOP = vacina oral contra a poliomielite; APS-PAI = Atenção primária à saúde – Programa Ampliado de Imunização; POB = Conselho de Supervisão da Poliomielite.

ANEXO E. RISCOS

Riscos estratégicos de alto nível

Tabela E1 – Registro de riscos (a partir do segundo trimestre de 2021)

Risco	Descrição	Probabilidade	Impacto	Nível de risco
Risco de propagação do VDPV	Há um alto risco de disseminação internacional contínua e de surtos de cVDPV2 em vários países devido ao declínio da imunidade tipo 2 da população, a sistemas de imunização essenciais fracos e a novas sementeiras devido ao uso da VOP2 Sabin. A disseminação contínua pode sobrecarregar a capacidade da GPEI de responder tanto em termos de capacidade técnica quanto de financiamento disponível para o programa.	4	4	Grave
Recursos inadequados	Maiores exigências no tocante a surtos, suprimentos de vacinas e falta de progresso nos países endêmicos podem fazer com que as demandas do programa excedam os recursos disponíveis. Isso pode resultar no risco de não ser possível manter o nível de apoio necessário pela GPEI e esgotar os fundos antes que o trabalho seja concluído.	3	4	Significativo
Vigilância fraca	O risco de transmissão contínua não detectada da poliomielite ocorre devido à fraca vigilância nas áreas de alto risco. A vigilância pode ser enfraquecida por meio de acesso limitado em áreas com a segurança prejudicada, treinamento pouco frequente de vigilância, laboratórios e agentes de dados e desvio de recursos da poliomielite para outras áreas, como a COVID-19. A possível retirada do apoio da GPEI poderia enfraquecer as capacidades e sistemas de saúde dos países sem uma vigilância robusta.	3	4	Significativo
Gênero não integrado	Uma expressão insuficiente de gênero nas estratégias, no planejamento, nos orçamentos, nas operações e na governança pode ter um efeito prejudicial na capacidade do programa de atingir a meta de erradicação.	4	3	Significativo
Perda de confiança e apoio dos doadores	A perda de apoio dos doadores devido ao fraco desempenho da erradicação ou à falha da GPEI em abordar os principais critérios do doador pode levar a recursos reduzidos para o programa.	2,5	4	Significativo
Acesso insuficiente	A impossibilidade de alcançar todas as crianças com a VOP nos reservatórios remanescentes da poliomielite se deve à insegurança, restrições de acesso, indiferença e desconfiança da comunidade resultando em bolsões de crianças não vacinadas, aumentando o risco de não se conseguir erradicar o poliovírus.	3	3	Significativo
Integração deficiente	O risco de que a erradicação seja prejudicada sem a prestação de serviços integrados é em grande parte devido a recursos inadequados e ausência de um foco claro de gerenciamento nos serviços integrados dentro da GPEI.	3	3	Significativo
Indiferença da sociedade civil	A indiferença da sociedade civil em relação à erradicação da poliomielite pode levar a resultados abaixo do ideal e ao possível fracasso na erradicação do WPV1 ou na contenção de VDPVs.	2,9	2,9	Moderado
Pouco comprometimento do governo	Insuficiente compromisso político, financeiro ou de recursos por parte dos governos pode prejudicar o esforço de resposta à erradicação da poliomielite.	2	4	Moderado
Falha na resposta efetiva da GPEI	A GPEI pode não responder aos desafios complexos da erradicação da poliomielite em termos de qualidade e/ou tempo hábil das operações de emergência.	2	4	Moderado

COVID-19 = doença por coronavírus; cVDPV2 = poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2; VOP2 = vacina oral contra poliomielite tipo 2; VDPV = poliovírus derivado de vacina; WPV1 = poliovírus selvagem tipo 1.

Observação: As medidas de mitigação serão incluídas em futuras atualizações do registro de risco.

Exemplos de risco operacional

Tabela E2 – Principais riscos para o fornecimento de vacinas e atividades de mitigação de riscos (a partir do segundo trimestre de 2021)

Categoria de risco	Descrição	Resposta	Situação
Estoque global de VOP	Conjunto limitado de fornecedores e perda de fornecedores do mercado	Trabalhar com o UNICEF, os fabricantes de vacinas, a contenção e o nVOP2 GT para trazer novos fornecedores ao mercado	
	Risco de ruptura do estoque de VOP2 Sabin em 2021-2022 em caso de implantação lenta da nVOP2	Negociar maior oferta de VOP2 Sabin	
	Risco de escassez de VOP2 em 2021-2023 caso seja suspensa ou descontinuada a utilização da nVOP2 por questões de segurança ou estabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar de perto a implementação da nVOP2, a colaboração do nVOP2 GT/VSTT e revisar o plano GS conforme necessário • Pré-posicionar grandes quantidades da VOP2 Sabin como uma medida de preparação para contingências 	
bVOP	Diminuição da demanda por bVOP, tornando-a menos atraente para fornecedores com o risco de aumento de custos e desgaste de fornecedores Grande excesso de oferta ou estoque com validade expirando devido a cancelamentos da SIA em 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Defesa de causa junto aos países para aceitação de vacina de vida útil curta • Melhorar a previsão de demanda e os prazos de entrega • Introduzir mecanismos para compartilhar os riscos financeiros com os fornecedores de vacinas 	
	Incapacidade de manter um grande estoque de reserva para atender às necessidades de bVOP em caso de surtos de poliomielite e mudanças de curto prazo nos planos de SIA	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir o grupo de fornecedores de VOP • Estabelecer um estoque reserva de bVOP como uma medida de preparação para contingências 	
	Grupo reduzido de fornecedores aceitos pelo Paquistão	Defesa de causa do licenciamento de novas bVOPs no país	
Financiamento	Financiamento irregular, afetando os prazos de implementação do plano GS	Desenvolver e implementar uma estratégia, plano e orçamento de fornecimento de vacinas para 2022-2026	
COVID-19/Acesso a ferramentas para COVID-19 Acelerador ACT	O impacto da COVID-19 e sua resposta no fornecimento de vacinas contra a poliomielite	Desenvolver planos de longo prazo de fornecimento de vacinas contra a poliomielite e colaborar com fornecedores, IVB e WHE no tocante ao planejamento de contingência e coordenação	

bVOP = poliovírus oral bivalente; COVID-19 = doença causada pelo coronavírus; GS = estoque global; IVB = Imunização, Vacinas e Biológicos; nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; nVOP2 GT = Grupo de trabalho da nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; VOP = vacina oral contra a poliomielite; VOP2 = vacina oral contra a poliomielite tipo 2; SIA = atividade de imunização suplementar; VSTT = Equipe Tarefa de Fornecimento de Vacinas; WHE = Programa de Emergências de Saúde da OMS.

Tabela E3 – Riscos para a implantação da nVOP2 (a partir do segundo trimestre de 2021)

Categoria de risco	Descrição	Probabilidade	Impacto em potencial
Segurança	Taxa de semeadura insuficientemente baixa de nVOP2	Baixo	Alto
	Clusters de EAPV/EAIE	Baixo	Alto
Efetividade (vacina)	Pouca efetividade na interrupção de surtos	Baixo	Médio
Efetividade (provisão)	Qualidade/velocidade/escopo da campanha inadequada	Médio-alto	Alto
Fornecimento de vacinas	Problemas de produção	Médio	Alto
	Escassez de financiamento de estoque	Médio	Alto
	Perda de vacina (por exemplo, prazo de validade)	Baixo	Médio
Aceitação ou prontidão do governo	Relutância dos governos em usar a nVOP2	Médio-baixo	Alto
	Incapacidade de obter prontidão para implantar a nVOP2		
Aceitação da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Rejeição da nVOP2 especificamente (por exemplo, preocupações com “modificações genéticas”, vacina acelerada sem PQ, vacina nova) • Reação a EAPV real ou percebido • Impacto colateral na confiança na nVOP2 devido às vacinas contra COVID-19, etc. • Desinformação generalizada e rumores sobre imunização em geral ou sobre a nVOP2 especificamente 	Médio	Alto
Financiamento	Perda de confiança do doador ou do financiamento em caso de implantação malsucedida da nVOP2	Médio	Alto
Epidemiologia	Cocirculação maciça de poliovírus tipos 1 e 2	Médio	Médio
	Endemicidade restabelecida de cVDPV2 em várias regiões	Baixo	Alto
Regulamentação	Recomendação EUL suspensa ou revogada para a nVOP2	Baixo	Alto
	Não-PQ de nVOP2 devido a sinais de segurança ou eficácia no uso em campo e em ensaios clínicos ou outros problemas com os dados	Baixo	Alto

EAPV = evento adverso pós-vacinação; EAIE = evento adverso de interesse especial; COVID-19 = doença causada pelo coronavírus; cVDPV2 = poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2; EUL = Lista de Uso de Emergência; nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; PQ = pré-qualificação.



ANEXO F. OBJETIVOS E PRINCIPAIS INDICADORES DE DESEMPENHO DA ESTRATÉGIA

Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026

Tabela F1 – Criar urgência e responsabilização por meio da defesa de causa para gerar maior vontade política

Desfechos	KPIs
1.1 Maior propriedade do governo na forma de declarações e demonstração de compromisso político	1.1.1 % de países com nova detecção de poliovírus que declaram uma emergência nacional de saúde pública dentro de uma semana após a confirmação do surto 1.1.2 % de distritos anteriormente inacessíveis tornados acessíveis através de negociações/acordos apropriados 1.1.3 Pelo menos duas reuniões da força-tarefa nacional para erradicação da poliomielite (presidida pelo chefe de Estado) convocadas a cada ano para analisar o progresso e enfrentar os problemas
1.2 Equipe qualificada para agir rapidamente e nas localidades certas em países endêmicos e de surto/risco	1.2.1 % de cargos de agente médico e equipe de vacinação que permanecem vagos por três ou mais meses em distritos de alto risco de poliomielite 1.2.2 Uma análise pelas forças-tarefa provinciais (presidida por secretários-chefes provinciais, governadores, ministros da saúde ou diretores provinciais de saúde) do número de crianças não vacinadas e da qualidade das operações após cada campanha de vacinação em massa na província, com ações corretivas
1.3 Maiores contribuições financeiras nacionais para o programa de erradicação da poliomielite	1.3.1 % dos países em surto que contribuem com recursos internos para a resposta ao surto agregados por perfil de rendimento

Tabela F2 – Gerar aceitação da vacina por meio do engajamento da comunidade adaptado ao contexto

Desfechos	KPIs
2.1 Aumento da conscientização da campanha em todos os locais que realizam SIAs	2.1.1 % de todas as SIAs de VOP mostrando evidências de que a conscientização da campanha foi >90% de todas as famílias (com base em ICM e/ou LQAS)
2.2 Aumento da participação da comunidade nas SIAs em áreas subnacionais prioritárias (conforme NEAPs) nos países endêmicos	2.2.2 % de mulheres vacinadas por SIA nas áreas subnacionais prioritárias em conformidade com GPEI PSEA e medidas de salvaguarda 2.2.2 % de redução de crianças não vacinadas em áreas subnacionais prioritárias em países endêmicos
2.3 Aumento do uso de abordagens inovadoras para melhorar o engajamento da comunidade (incluindo pesquisa de mudança social e de comportamento, análise e projeto de campanha)	2.3.1 Demonstração qualitativa do uso de soluções projetadas e implementadas localmente orientadas pela análise de gênero para melhorar o engajamento da comunidade na poliomielite e nas campanhas de imunização essencial

ICM = monitoramento intra-campanha; LQAS = amostragem de garantia de qualidade do lote; NEAP = Plano Nacional de Ação de Emergência; VOP = vacina oral contra a poliomielite; PSEA = proteção contra exploração e abuso sexual; SIA = atividade de imunização suplementar.

Tabela F3 – Acelerar o progresso na erradicação da poliomielite e reduzir o número de crianças de dose zero por meio de esforços de integração expandidos e parcerias unificadas

Desfechos	KPIs
3.1 Pacote de serviços integrados, adaptados ao contexto da comunidade, providos com uma lente de gênero em localidades geográficas específicas (conforme NEAPs) nos países endêmicos	3.1.1 % das iniciativas de serviços integrados que são projetadas e implementadas de forma sensível ao gênero
3.2 Alinhamento entre a poliomielite e a imunização resultando em investimentos em HSS e PAI que expressem os objetivos estratégicos do programa de poliomielite, e a poliomielite contribuindo para a AI2030 e as metas de vacinação do país reduzindo o número de crianças com dose zero	3.2.1 % de localidades geográficas subnacionais prioritárias para a poliomielite onde o investimento conjunto ou colaborativo está ocorrendo pela Gavi e a GPEI 3.2.2 % de aumento de SIAs VPD com provisão colaborativa da bVOP* * em locais endêmicos: provisão colaborativa de bVOP com campanhas de VPD além das SIAs de poliomielite; em locais não endêmicos: provisão colaborativa de bVOP com campanhas de VPD em vez de SIAs exclusivamente com VOP
3.3 Apoio contínuo a iniciativas de saúde pública global e nacional mais amplas como um caminho para uma transição de programa bem-sucedida	3.3.1 Aumentar o valor dos investimentos em APS direcionados para áreas de alto risco de poliomielite em países endêmicos e de surto/em risco 3.3.2 Continuar a acompanhar as contribuições do RH da poliomielite na resposta à COVID-19

bVOP = vacina oral bivalente contra a poliomielite; COVID-19 = doença causada pelo coronavírus; PAI = Programa Ampliado de Imunização; HR = recursos humanos; HSS = fortalecimento do sistema de saúde; AI2030 = Agenda de Imunização 2030; NEAP = Plano Nacional de Ação de Emergência; VOP = vacina oral contra a poliomielite; APS = atenção primária à saúde; SIA = atividade de imunização suplementar; VPD = doença imunoprevenível.

Tabela F3 – Melhorar o sucesso da linha de frente por meio de mudanças nas operações de campanha e resposta a surtos

Desfechos	KPIs
4.1 Melhoria da qualidade da campanha, especialmente para reduzir o número de crianças persistentemente não vacinadas nas SIAs	4.1.1 % de campanhas nas quais foram desenvolvidos microplanos por meio de oficinas de planejamento integrado (incluindo PAI, MNCAH, comunicação e GIS) de forma sensível ao gênero 4.1.2 N° de crianças anteriormente não vacinadas (incluindo aquelas em áreas inacessíveis) posteriormente vacinadas por trimestre 4.1.3 % de todas as SIAs de VOP mostrando evidências de cobertura desagregada por sexo e desagregada por idade ≥90% (com base em LQAS e/ou ICM) 4.1.4 % de focos encerrados em duas rodadas e uma limpeza (mop-up)
4.2 Preparação e resposta a surtos oportunas	4.2.1 N° médio de dias entre a confirmação do surto e o início da primeira SIA 4.2.2 % dos fundos disponíveis em nível distrital 72 horas antes do início da campanha
4.3 Implementação bem-sucedida e oportuna da nVOP2	4.3.1 % de países-alvo que atendem aos requisitos para uso de nVOP2 4.3.2 N° de países que implementam com sucesso a nVOP2 de acordo com o roteiro definido

bVOP = vacina oral bivalente contra a poliomielite; PAI = Programa Ampliado de Imunização; GIS = sistema de informação geográfica; ICM = monitoramento intra-campanha; LQAS = amostragem de garantia de qualidade do lote; MNCAH = saúde materna, neonatal, infantil e adolescente; nVOP2 = nova vacina oral contra poliomielite tipo 2; VOP = vacina oral contra poliomielite; SIA = atividade de imunização suplementar.

Tabela F5 – Melhorar a detecção e a resposta por meio de vigilância e contenção sensíveis

Desfechos	KPIs
5.1 Implementação global consistente de padrões de vigilância, com foco nos distritos prioritários para a poliomielite	5.1.1 % de distritos que atingem taxa PFANP > 2/100.000 5.1.2 % de locais de VA que atendem a um limite de sensibilidade de pelo menos 50% das amostras positivas para enterovírus ao longo de seis meses
5.2 Maior velocidade de detecção e precisão do sistema de vigilância	5.2.1 % de casos com coleta adequada de amostras de fezes desagregadas por sexo (alvo: 80% dos casos) 5.2.2 % de WPV e VDPVs relatados dentro de 35 dias do início para casos de PFA ou coleta de amostra de VA

PFA = paralisia flácida aguda; IE = imunização essencial; PFANP = paralisia flácida aguda não poliomielite; VDPV = poliovírus derivado da vacina; WPV = poliovírus selvagem.

Estratégia de Equidade de Gênero 2019-2023

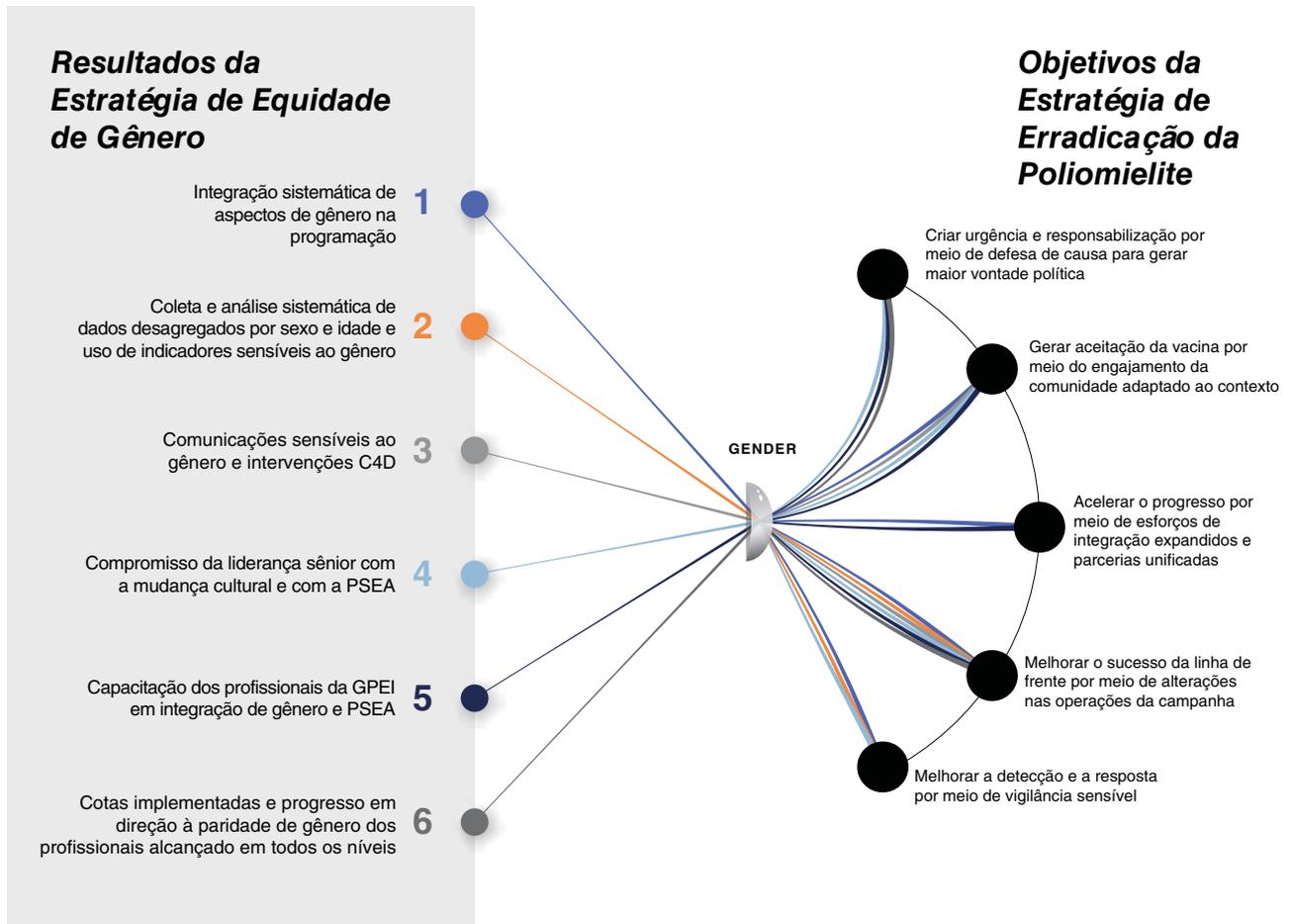
Tabela F6 – Resultados esperados da Estratégia de Equidade de Gênero e principais indicadores de desempenho

Resultados esperados		
1	2	3
A GPEI projeta e implementa uma programação sensível ao gênero e aplica uma perspectiva de gênero em suas intervenções.	A liderança, as estruturas e os sistemas da GPEI apoiam a programação sensível ao gênero e as abordagens sensíveis ao gênero.	A GPEI está mais próxima da paridade de gênero e aumenta a participação e a atuação significativa das mulheres em todos os níveis da parceria.
Monitoramento através dos seguintes KPIs		
% de intervenções GPEI que são orientadas por análise de gênero e que coletam e analisam dados desagregados por sexo (incluindo documentos técnicos, relatórios de doadores, NEAPs, orientações POP, recomendações TAG, comunicações e intervenções C4D)	% da alocação do orçamento de 5 anos da GPEI para integração de gênero, incluindo RH, treinamento e análise de gênero na sede e nos níveis de país Existência de uma política sobre PSEA e medidas de salvaguarda, e um plano de trabalho para implementar a política; conscientização dos funcionários da existência da política/ salvaguarda de PSEA e a avaliação deles de sua efetividade (% no início e após 3-5 anos, por meio de enquete) % de profissionais treinados e que relatam nível de conhecimento aumentado, resultando na aplicação de uma perspectiva de gênero ao trabalho deles	Nº de mulheres em funções de tomada de decisão na sede, níveis regionais e nacionais do total de mulheres (desagregadas por nível, através de uma análise de RH de linha de base e após 3-5 anos, incluindo grupos de gerenciamento, consultoria e monitoramento de GPEI) Percepção de mulheres e homens da GPEI em relação a equidade de gênero na tomada de decisão (enquete inicial e após 3-5 anos – profissionais, governos e parceiros da GPEI)

C4D = Comunicação para o desenvolvimento; HQ = sede; HR = recursos humanos; NEAP = Plano Nacional de Ação de Emergência; PSEA = proteção contra exploração e abuso sexual; POP = procedimento operacional padrão; TAG = Grupo Consultivo Técnico.

A **Estratégia de Equidade de Gênero 2019-2023** é uma estratégia autônoma que está vinculada e apoia a *Estratégia de Erradicação da Poliomielite*. No caminho da erradicação, o gênero desempenha um papel essencial. Uma lente de gênero, quando aplicada em toda a GPEI e em todos os níveis, melhora o desempenho do programa e aumenta o impacto (ver **Figura F1**). A *Estratégia de Erradicação da Poliomielite* e a *Estratégia de Equidade de Gênero* são ambas supervisionadas pelo SC da GPEI e foram endossadas pelo POB.

Figura F1 – Alinhamento da Estratégia de Equidade de Gênero e da Estratégia de Erradicação da Poliomielite



C4D = comunicação para o desenvolvimento; PSEA = proteção contra exploração e abuso sexual.
 Fonte: OMS.

ANEXO G. PLANEJAMENTO DE CONTINGÊNCIA PARA nVOP2

A implantação bem-sucedida da nVOP2 dependerá de uma ampla variedade de fatores, incluindo as propriedades da vacina, a qualidade das atividades de imunização contra a poliomielite que a fornecerão, aceitação da comunidade, financiamento e fornecimento da vacina, entre outros fatores (ver no **Anexo E** os riscos operacionais). Cada fator pode ser influenciado por um ou vários riscos que individualmente ou cumulativamente podem afetar o impacto da nVOP2 e a erradicação geral da poliomielite.

A GPEI considerou uma série de possíveis situações com a implantação da nVOP2, as decisões fundamentais necessárias para lidar com essas situações e suas possíveis consequências na erradicação da poliomielite (ver **Figura G1**).

As situações primárias foram definidas da seguinte forma:

- **Abordagem atual:** a nVOP2 será implementada à medida que os países atenderem aos critérios de prontidão. Se os dados de campo continuarem a avaliar favoravelmente a nVOP2, a mVOP2 e a tVOP serão eliminadas com algumas opções de fornecimento mantidas até a pré-qualificação e o licenciamento completo da nVOP2.
- **Opção paralela:** se o monitoramento contínuo do uso da nVOP2 indicar problemas importantes em relação à segurança da vacina ou risco aumentado de emergências de VDPV2 decorrentes de seu uso (levando a alterações em seu EUL ou condição de pré-qualificação), o programa explorará a viabilidade de desenvolver novas candidatas VOP de backup e operacionalizar seu uso o mais rápido possível.
- **Abordagem B:** se os principais problemas não puderem ser resolvidos e o programa precisar se afastar da nVOP2, a mVOP2 ou a tVOP serão usadas na resposta ao surto. Um conselho de monitoramento independente avaliará duas vezes ao ano a viabilidade da Abordagem B para alcançar a interrupção do cVDPV2.
- **Abordagem C:** se o uso da mVOP2 ou tVOP na resposta a surtos não controlar os surtos ou se houver uma grande mudança na epidemiologia, tais como cocirculação de diferentes cepas ou endemidade de cVDPV2, o programa passará a reintroduzir a VOP2 Sabin na imunização preventiva e essencial, efetivamente “invertendo a mudança”. De acordo com a situação, o programa pode continuar respondendo a surtos de cVDPV2 usando a mVOP2 ou tVOP em SIAs ou confiar inteiramente na imunização essencial para manter a carga da doença em níveis baixos.

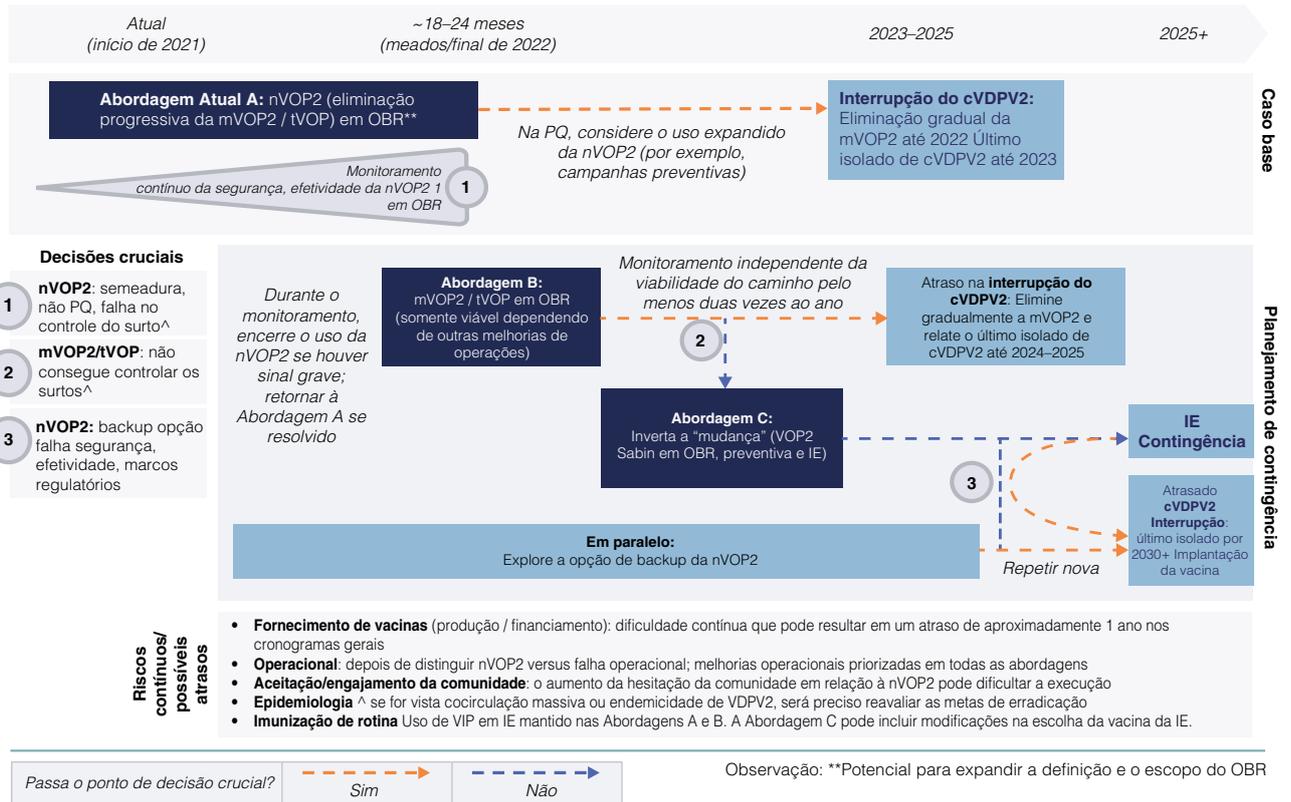
O programa também considerou o uso da vacina dentro de um plano de contingência de imunização essencial, com a meta de reduzir a taxa de paralisia devido ao poliovírus e, ao mesmo tempo, manter a oportunidade de retomar a busca de erradicação pendente de desenvolvimentos, tais como novas vacinas adequadas para a erradicação final. Quatro opções foram identificadas (VIP e VOP; toxina lábil dupla mutante (dmLT) apenas VIP com adjuvante; ou VIP em combinação ou isolada; e apenas VOP) e a decisão final dependerá, em última análise, da situação epidemiológica, bem como da capacidade de campanhas, cronogramas de desenvolvimento e produção e estruturas de preços, a manutenção de estoques para países em risco devido a lacunas de imunização e futuros riscos contínuos de VDPVs e VAPP se a GPEI considerar uma estratégia de controle de longo prazo.

Planejamento de contingência e implantação da nVOP2

A escolha ideal da vacina deve ser determinada com base na realidade epidemiológica e virológica local existente e predominante, para garantir que os sorotipos circulantes possam ser abordados com mais efetividade para interrupção. Isso inclui a rápida implantação e uso da nVOP2 em resposta à circulação de cVDPV2, quando apropriado.

Será fundamental garantir que as decisões cruciais que influenciam o uso da nVOP2 sejam adequadamente definidas, incluindo o escopo geográfico e o modo de administração, e isso precisará ser apoiado por uma estratégia de comunicação relevante (incluindo comunicações de crise), com base no mapeamento de situações em potencial e na identificação de pontos de decisão cruciais.

Figura G1 – Fluxograma das principais decisões e desfechos em potencial na implantação da nova VOP



cVDPV2 = poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2; IE = imunização essencial; mVOP2 = vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 2; nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; OBR = resposta a surtos; PQ = pré-qualificação; tVOP = vacina oral trivalente contra a poliomielite.
 Fonte: OMS.

ANEXO H. ANÁLISE ADMINISTRATIVA

Em julho de 2020, após uma análise de governança, a GPEI lançou uma análise abrangente dos grupos de gestão internos e externos que se reportam ao SC para garantir alinhamento estratégico, operações simplificadas e execução bem-sucedida da **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026**. Esta análise de gestão foi conduzida de forma independente pela Camber Collective de setembro de 2020 a janeiro de 2021 para garantir uma análise confidencial e objetiva.

A análise da gestão envolveu três fases (ver **Figura H1**) e culminou em um engajamento altamente colaborativo e extensivo com o SC para projetar e refinar mudanças na estrutura da GPEI e garantir o alinhamento e o compromisso compartilhado com as recomendações propostas.

Figura H1 – Processo de análise de gestão da GPEI, 2020-2021



SC = Comitê de Estratégia
Fonte: OMS.

Resultados

A fase de avaliação reuniu as perspectivas das partes interessadas por meio de uma enquete com mais de 100 entrevistados únicos e entrevistas diretas com mais de 35 indivíduos do SC, grupos de gestão, equipes de trabalho, agências parceiras e doadores externos.

A avaliação constatou que a estrutura da GPEI exigia mudanças para se adequar ao propósito e cumprir efetivamente a estratégia atual. Um tema-chave levantado em relação à estratégia emergente foi a necessidade de envolvimento regional de forma mais específica ao contexto e culturalmente responsiva. Para apoiar a mudança necessária dentro da parceria, foram identificados os imperativos da mudança em três categorias principais: clareza dos papéis, tomada de decisão e responsabilização (ver **Figura H2**).

Embora essas áreas de mudança tenham se tornado os principais objetivos das mudanças estruturais recomendadas, a avaliação também reconheceu várias questões fundamentais que exigem foco mais concentrado, compreensão mais aprofundada e atenção e ajustes contínuos por parte das agências parceiras. Esses problemas incluem:

- **Autoridade:** dado que a GPEI não é uma entidade legal formal, as partes interessadas individuais não têm autoridade para obrigar a ação de outros. Essa condição mais fundamental da parceria é ainda mais desafiada por agências parceiras descentralizadas que complicam a capacidade do programa de coordenar atividades em nível nacional e regional no nível do SC e do POB.
- **Agilidade:** a maneira como os compromissos de recursos das agências parceiras são estruturados dificulta a mudança de alocações ou a penalização ou substituição de funcionários com baixo desempenho.
- **Confiança:** a avaliação encontrou áreas em que a confiança entre os parceiros e as partes interessadas externas é tensa, principalmente pela percepção de que os interesses individuais das agências às vezes foram colocados à frente da GPEI como um todo. Esse déficit de confiança precisará ser remediado para operar de forma efetiva e alcançar uma base sólida para o esforço de erradicação.

Figura H2 – Imperativos de mudança



Fonte: OMS.

Recomendações

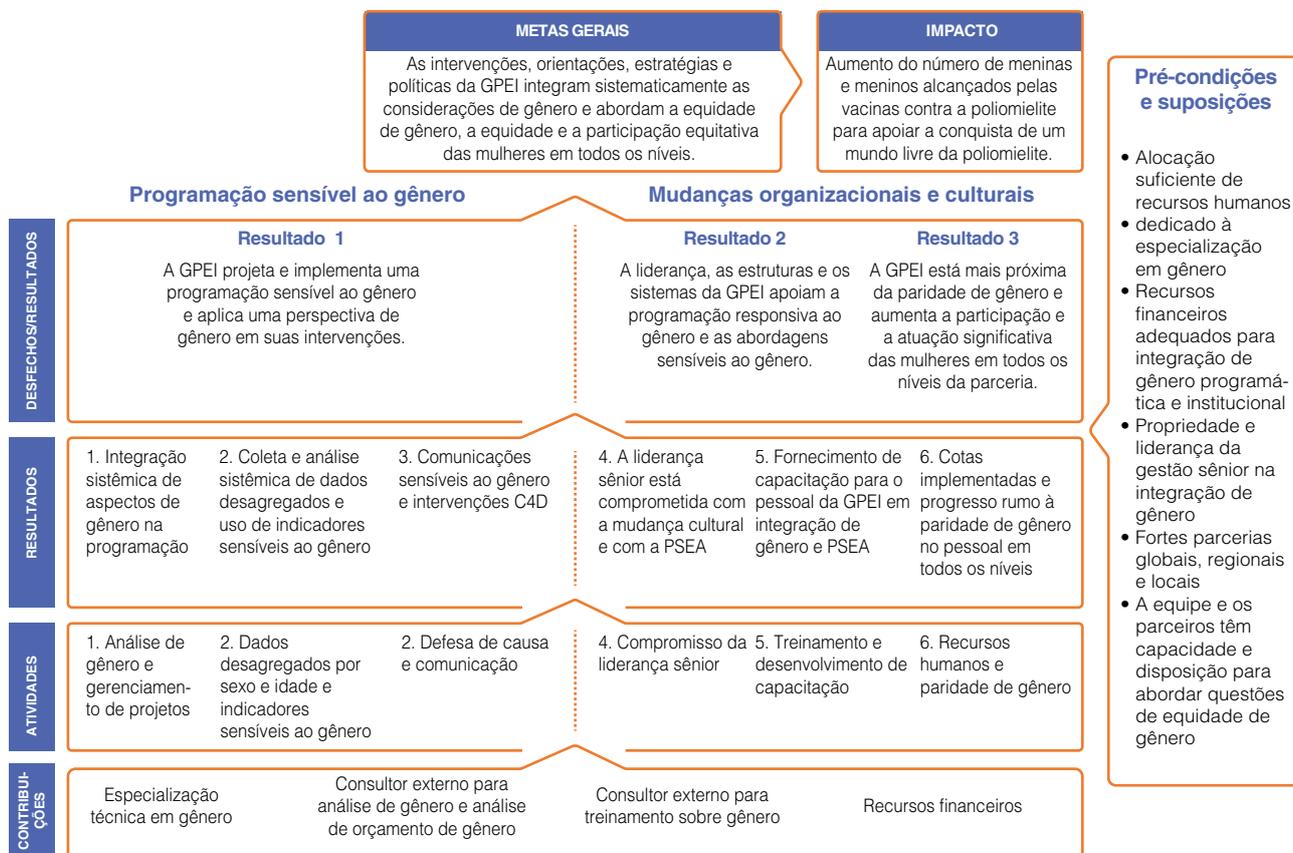
Com base nos resultados da avaliação, a estrutura da GPEI foi revisada e atualizada para ajudar a parceria a se tornar mais adequada ao propósito de colocar esta estratégia no caminho da erradicação global (ver **Figura H3**). Além de redefinir todos os grupos de gestão com termos de referência consistentes em alinhamento com a estratégia revisada e os objetivos principais de aumentar a responsabilização, clareza de funções e efetividade na tomada de decisões, mudanças já estão em andamento na estrutura organizacional da GPEI em nível global e regional.

As principais mudanças estão focadas em:

- estabelecer e realinhar estruturas regionais para conferir maior autoridade e fortalecer a responsabilização com os programas nacionais – especificamente, o Grupo de Preparação e Resposta a Surtos e o centro de Endemias servem para conectar as equipes de resposta regional aos sistemas globais, fornecendo orientação e apoio consistentes, minimizando os pontos de contato e atrito para apoiar uma maior agilidade da campanha e elevar o papel da participação e do engajamento da comunidade na formação de abordagens de campanha;
- expandir as partes interessadas engajadas e consultadas por grupos de tomada de decisão sênior, incluindo a revisão do POB e do SC de modo a incluir um representante do doador para ser mais diretamente responsivo à contribuição do doador;
- estabelecer uma nova Unidade de Gestão Executiva para dar apoio à responsabilização operacional no apoio ao programa global e às equipes de operações regionais, permitindo que o SC se concentre mais plenamente nos imperativos estratégicos;
- consolidar equipes para promover a eficiência e transferir funções globais para o nível regional dentro de termos de referência, nos quais possam apoiar melhor as atividades de resposta direcionadas; e
- estabelecer novos grupos globais de apoio a programas, quando necessário, como grupos de defesa de causa política coordenando esforços em toda a estratégia para construir a vontade política e a propriedade do governo na erradicação da poliomielite.

ANEXO I. INTEGRAÇÃO DE GÊNERO

Figura I1 – Visão e quadro lógico da *Estratégia de Equidade de Gênero*



C4D = comunicação para o desenvolvimento; PSEA = proteção contra exploração e abuso sexual.
Fonte: *Estratégia de Equidade de Gênero 2019-2023*.

Tabela I1 – Métricas adicionais de gênero

Área	Indicadores relatados por meio de dados desagregados por sexo
Análise e integração de gênero	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de indicadores sensíveis ao gênero ou específicos de gênero desenvolvidos e monitorados de forma consistente • N.º de estudos de pesquisa clínica e publicações resultantes que relatam dados desagregados por sexo e aplicam as orientações de equidade de sexo e gênero na pesquisa (SAGER)³⁸
Área	Indicadores relatados através de dados de recursos humanos
Engajamento das mulheres, recrutamento equitativo e proteção contra exploração e abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de grupos de consultoria e supervisão da GPEI que atingem a paridade de gênero (linha de base 1/16) • N.º de descrições de cargos revisadas com uma lente de gênero • % de painéis de seleção com mulheres e homens • % de painéis de seleção com presença de ponto focal de gênero • % de entrevistas de emprego com competências de gênero testadas
Treinamento e desenvolvimento de capacitação	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de treinamentos implementados sobre gênero oferecidos aos funcionários • % de profissionais que fizeram um curso de treinamento sobre gênero
Área	Indicadores relatados por meio de dados financeiros
Recursos financeiros adequados	<ul style="list-style-type: none"> • % do financiamento alocado para perícia técnica de gênero • % do financiamento alocado para práticas de recursos humanos na contratação de mais mulheres • % do financiamento alocado para realizar uma análise de gênero • % dos fundos para implementar atividades de treinamento e capacitação sobre gênero • % do financiamento alocado para melhorar as métricas de dados • % de países que enviam um pedido de orçamento com um pedido de financiamento dedicado ao gênero

³⁸ Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curro M. Sexo e equidade de gênero na pesquisa: justificativa e uso recomendado das orientações SAGER. Res Integr Peer Rev 1. 2016;2 (<https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>, acessado em 19 de junho de 2021).

ANEXO J. PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

Figura J1 – Pipeline de P&D, 2021–2030+



cVDPV = poliovírus circulante derivado de vacina; dMLT = toxina lábil dupla mutante; EUL = Listagem de Uso de Emergência; VIP = vacina inativada contra poliomielite; iVDPV = poliovírus derivado de vacina associado a imunodeficiência; mRNA = ácido ribonucleico mensageiro; NGS = sequenciamento de próxima geração; nVOP 1 e 3 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 1 e 3; nVOP2 = nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2; VOP = vacina oral contra a poliomielite; PID = transstorno de imunodeficiência primária; RDT = teste de diagnóstico rápido; VDPV = poliovírus derivado da vacina; VLP = partícula semelhante a vírus; WPV = poliovírus selvagem.
Fonte: OMS.

Tabela J1 – Conjunto de áreas de pesquisa e impacto da poliomielite

S N.º	Área de pesquisa	Impacto
1	Imunologia básica – imunidade humoral, imunidade de mucosa, duração da imunidade, diminuição da imunidade, efeito da desnutrição e outras variáveis em relação à vacina contra a poliomielite; muitos estudos realizados e em andamento	Ajuda a compreender o impacto das vacinas e da vacinação na imunidade contra a poliomielite; esse conhecimento impulsionou e continua a conduzir a política de vacinação e a escolha de vacinas; e a política de vacinação contra a poliomielite para viajantes foi desenvolvida com base nesse conhecimento
2	Vacinas orais monovalentes contra a poliomielite de tipo específico (mVOP1, mVOP2, mVOP3)	Maior eficácia por dose ajuda a eliminar a transmissão em várias áreas altamente endêmicas; uso contínuo da vacina para resposta a surtos e parte do estoque
3	Bivalente (tipos 1 e 3) VOP – ensaios, licenciamento, pré-qualificação da OMS que resultam em desenvolvimento e uso acelerados	Ajuda a superar SIAs alternadas com mVOP1 e mVOP3 ou tVOP, com economia significativa e sucesso; continua a ser amplamente utilizada
4	Desenvolvimento acelerado de nVOP2 geneticamente mais estável para resposta a surtos	Desenvolvida em escala e em risco com aprovação da EUL para uso em resposta a surtos, com base em dados clínicos de fase II e outros dados importantes
5	Produção mais segura de VIP – VIP Sabin, cepas S19 ainda mais atenuadas e mais	Contribuir para o pool de VIP da GPEI para superar o déficit de suprimentos; pode reduzir os requisitos de contenção
6	Dose fracionada (1/5 da dose) VIP, fVIP imunogenicidade bem documentada, recomendada e adotada para uso; dispositivos de injeção intradérmica desenvolvidos; dispositivo pré-qualificado pela OMS e disponível para uso em campanhas de IE e fVIP	Usado em muitos países do Sudeste Asiático e em alguns países das Américas; opção poupadora de antígeno e com economia de custos que funciona bem nos países que a adotaram
7	Outras opções de VIP poupadoras de antígenos e acessíveis, como VIP com adjuvante, VIP com imunidade de mucosa, dmLT-VIP, em avaliação	Ajudará a superar as desvantagens da VIP, incluindo o alto custo e o fato de não prover imunidade da mucosa por si só
8	Cronogramas de imunização atuais e futuros – combinação VOP-VIP ou cronogramas sequenciais, cronogramas somente de VIP para eliminar a VOP Sabin	Esquemas bVOP-VIP com dose(s) de VIP total/ fracionada substituído(s) por esquemas de tVOP; os esquemas de apenas VIP cobrirão a era da cessação da VOP e, posteriormente, manterão a imunidade
9	Vacinas não infecciosas contra a poliomielite, como VLPs e vacinas de mRNA	Poderiam, se bem-sucedidas, ser as vacinas de escolha, ainda mais na era pós-certificação; poderiam ser fabricadas fora dos requisitos de contenção e são essenciais para manter a condição de erradicação da poliomielite
10	M&A por meio de enquetes de soroprevalência em áreas selecionadas de alto risco	Ajudou os gerentes a entender melhor a qualidade, o impacto e os desafios do programa de vacinação e a superar os problemas operacionais
11	Avaliação de risco de VAPP, VDPV e iVDPV	Ajudou a refinar a política de vacinação e desenvolver orientações para a vigilância do poliovírus em indivíduos com imunodeficiência primária
12	Estudos genéticos, incluindo filogenética e associação com mutação viral	Podem ajudar a entender melhor a evolução dos VDPVs
13	VA, diagnósticos laboratoriais mais seguros e sensíveis, uso de pseudovírus em estudos de mucosas, S19 e outras cepas novas	Acréscimo ao conhecimento sobre a duração da excreção após as campanhas, resultados laboratoriais mais rápidos reduzirão os requisitos de contenção e aumentarão as taxas de detecção
14	Uso de tecnologia digital – inovações em vigilância e vacinação em áreas com a segurança prejudicada, estimativa remota da população-alvo por meio de imagens de satélite	O mapeamento GIS de assentamentos e residências ajudou a reduzir o problema de bolsões não vacinados a fim de aumentar o alcance dos vacinadores

S N.º	Área de pesquisa	Impacto
15	Dados de telefonia móvel para microplanejamento, ferramentas e práticas de monitoramento inovadoras para avaliar a cobertura e a qualidade da SIA	Rastreamento de vacinadores, LQAS ajudou no monitoramento e forneceu informações para melhorar as operações
16	Pesquisa operacional para aumentar o engajamento da comunidade, garantir a equidade de gênero, integração das atividades da poliomielite com outros serviços comunitários	Projetos-piloto/pesquisa em andamento podem ajudar a melhorar as operações e a cobertura vacinal em áreas problemáticas específicas
17	Exploração de novas ideias/ferramentas/abordagens inovadoras sob demanda	Um processo contínuo para entender os problemas e fornecer soluções

bVOP = vacina oral bivalente contra poliomielite; dmLT = toxina lábil dupla mutante; IE = imunização essencial; VA = vigilância ambiental; EUL = Listagem de uso de emergência; fVIP = vacina inativada fracionada contra poliomielite; VIP = vacina inativada contra poliomielite; iVDPV = poliovírus derivado de vacina associado a imunodeficiência; LQAS = amostragem de garantia de qualidade do lote; M&A = monitoramento e avaliação; mVOP1 = vacina oral monovalente contra poliomielite tipo 1; mVOP2 = vacina oral monovalente contra poliomielite tipo 2; mVOP3 = vacina oral monovalente contra poliomielite tipo 3; mRNA = ácido ribonucleico mensageiro; nVOP2 = nova vacina oral contra poliomielite tipo 2; VOP = vacina oral contra poliomielite; SIA = atividade de imunização suplementar; tVOP = vacina oral trivalente contra poliomielite; VAPP = poliomielite paralisante associada à vacina; VDPV = poliovírus derivado de vacina; VLP = partícula semelhante a vírus.

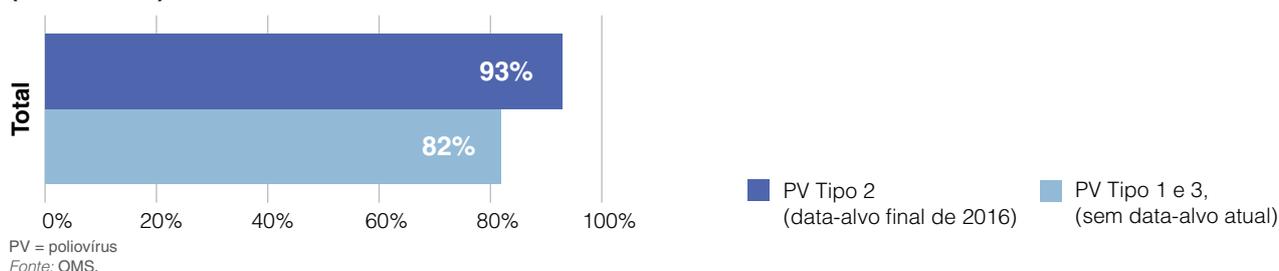
ANEXO K. ATUALIZAÇÃO DA CONTENÇÃO DA POLIOMIELITE

Principais progressos e marcos

(em 15 de março de 2021)

Fase I

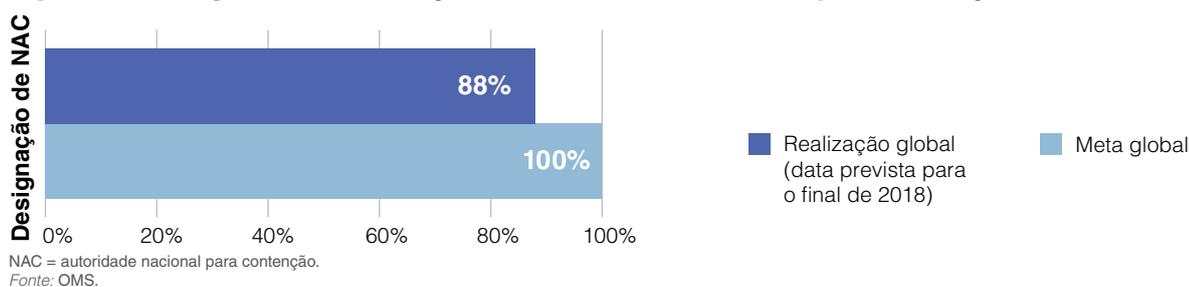
Figura K1 – Porcentagem de países/territórios com controle de estoques de poliovírus concluído (total n=214)



Fase II

Governança de contenção nacional

Figura K2 – Progresso na nomeação de autoridades nacionais para contenção



Número de países que indicam a intenção de reter materiais de poliovírus tipo 2 = 24

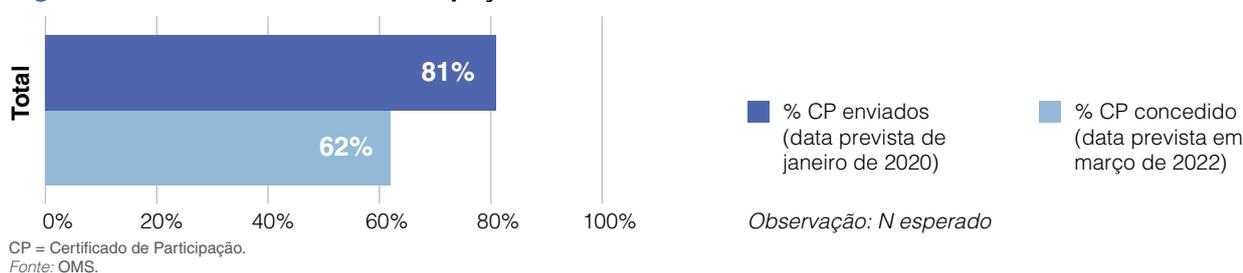
Número de estabelecimentos designados como essenciais para o poliovírus tipo 2: 74

NACs designados até dezembro de 2018: Meta 100% Certificado de Participação para PEF:

Certificado de Participação enviado até janeiro de 2020: Meta 100%

Certificado de Participação concedido até março de 2022: Meta 100%

Figura K3 – Certificados de Participação enviados e concedidos



Preparação do país para o Certificado Provisório de Contenção (ICC)/CC (conformidade atual com GAPIII) Número de auditores líderes nacionais qualificados até o final de 2021: Meta 10

Situação: 0 auditores nacionais qualificados no envio de GAPIII ICC

Número de ICC enviados por 24 países até maio de 2022 (>70): Meta 100%

Situação: 0 ICC enviados



ISBN: 978-92-4-003193-7



9 789240 031937

www.polioeradication.org

POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE