



COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima oitava sessão

Dacar, República do Senegal, 27 a 31 de Agosto de 2018

Ponto 11 da ordem do dia

**QUADRO PARA A CERTIFICAÇÃO DA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE
NA REGIÃO AFRICANA**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. A certificação da erradicação da poliomielite é feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao nível regional. Uma Região é considerada para certificação apenas quando todos os Estados-Membros demonstram a ausência da transmissão de poliovírus selvagem (PVS) durante pelo menos três anos consecutivos com a norma de certificação da vigilância da poliomielite. Até 2014, a poliomielite tinha sido certificada como erradicada em quatro das seis regiões da OMS, exceptuando as Regiões Africana e do Mediterrâneo Oriental.
2. A sexagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde, em 2015, adoptou uma resolução para garantir a interrupção da transmissão do PVS; alcançar e manter a norma de certificação da vigilância da poliomielite; introduzir a vacina inactivada da poliomielite (VIP) antes da retirada mundial da componente de tipo 2 da vacina oral trivalente da poliomielite (VOPT); e garantir que os activos, as lições aprendidas e os conhecimentos adquiridos sejam utilizados no apoio a outras prioridades nacionais da saúde.
3. A Região Africana tem feito progressos significativos com vista à erradicação da poliomielite. Até Junho de 2017, nenhum caso de PVS havia sido confirmado na Região Africana em 22 meses, desde o último caso na Nigéria com início a 21 de Agosto de 2016, tendo o último poliovírus selvagem em circulação sido isolado a 27 de Setembro de 2016. Todos os Estados-Membros na Região retiraram a componente de tipo 2 da vacina oral da poliomielite (VOP) até Maio de 2016. Todos os Estados-Membros têm documentado a contenção em laboratório dos vírus da poliomielite da Fase 1a. A VIP foi introduzida nos programas de vacinação de rotina nos Estados-Membros que receberam a vacina a partir das reservas mundiais. Até Junho de 2018, quase todos os Estados-Membros (39 de 47) têm sido gradualmente abastecidos com VIP. Um total de 40 dos 47 países viram a sua documentação nacional para a solicitação do estatuto de país livre da poliomielite ser aceite pela Comissão Regional Africana para a Certificação (CRAC) da Erradicação da Poliomielite. A CRAC mantém a intenção de aceitar a documentação do estatuto de país livre da poliomielite dos restantes Estados-Membros até 2019.
4. Com estes progressos, a Região Africana pode ser certificada como tendo erradicado a poliomielite até ao final de 2019 ou início de 2020. No entanto, apesar dos progressos realizados, as actuais lacunas na vigilância nos Estados-Membros ameaçam o cumprimento dos critérios por parte da Região para a certificação da erradicação da poliomielite até ao final de 2019. Também têm ocorrido surtos de poliovírus circulantes derivados da vacina (PVcDV), o que indica uma baixa imunidade da população e o risco da reintrodução dos poliovírus nos países que já obtiveram o estatuto de país livre da poliomielite.

5. Este quadro propõe aos Estados-Membros intervenções prioritárias com vista à certificação da erradicação da poliomielite na Região e para permanecerem livres da poliomielite após a certificação. Estas incluem a realização de avaliações dos riscos; o reforço da vigilância através do uso alargado de inovações tecnológicas; a melhoria da preparação e da qualidade das respostas a surtos de poliomielite; alcançar as crianças em zonas inseguras; a contenção laboratorial dos poliovírus; o reforço das comissões e processos nacionais de certificação; a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005); o reforço da vacinação de rotina; a institucionalização da responsabilização dos funcionários que trabalham no programa da poliomielite; a finalização dos planos de transição da poliomielite e a implementação da estratégia de certificação pós-poliomielite.

6. O Comité Regional examinou e adoptou as acções propostas neste quadro.

ÍNDICE

| | Parágrafos |
|---|-------------------|
| INTRODUÇÃO..... | 1–6 |
| SITUAÇÃO ACTUAL | 7–11 |
| PROBLEMAS E DESAFIOS | 12–19 |
| QUADRO REGIONAL DE ACÇÃO..... | 20–30 |
| INTERVENÇÕES E ACÇÕES PRIORITÁRIAS..... | 31–44 |

ANEXOS

| | Páginas |
|--|----------------|
| 1. Quadro de Monitorização do Plano Estratégico Mundial de Erradicação da Poliomielite e Fase Final 2013-2018..... | 8 |
| 2. Estado da documentação de países livres da poliomielite aceite pela CRAC, até Junho de 2018 | 12 |
| 3. Principais indicadores regionais para a medição dos progressos na implementação do quadro..... | 13 |

SIGLAS E ACRÓNIMOS

| | |
|--------|---|
| AFRO | Escritório Regional da OMS para a África |
| CCI | Comissão Nacional de Coordenação Interagências |
| CRAC | Comissão Regional Africana para a Certificação da Erradicação da Poliomielite |
| GPEI | Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PFA | Paralisia flácida aguda |
| PHEIC | Emergência de saúde pública de dimensão internacional |
| PVcDV2 | Poliovírus circulante derivado da vacina de tipo 2 |
| PVS | Poliovírus selvagem |
| RSI | Regulamento Sanitário Internacional (2005) |
| SGI | Sistemas Geográficos de Informação |
| UEP | Unidade essencial da poliomielite |
| VIP | Vacina inactivada da poliomielite |
| VOPb | Vacina oral bivalente da poliomielite |
| VOP2m | Vacina oral da poliomielite de tipo 2 monovalente |
| VOP | Vacina oral da poliomielite |
| VOPt | vacina oral da poliomielite trivalente |
| VRID | Vigilância e Resposta Integrada às Doenças |

INTRODUÇÃO

1. A poliomielite, uma doença viral paralisante irreversível, é causada por três serotipos de poliovírus selvagem (PVS).¹ Em 1988, a quadragésima primeira Assembleia Mundial da Saúde adoptou uma resolução² para erradicar todos os tipos de poliomielite em todo o mundo até ao ano 2000. Desde então, houve uma redução de 99% nos casos a nível mundial. Infelizmente, persistem três países onde a poliomielite continua a ser endémica, sendo que um deles se encontra em África.
2. A 26 de Maio de 2012, a Assembleia Mundial da Saúde declarou o fim da poliomielite como uma “emergência programática para a saúde pública mundial”. Como resultado, foi desenvolvido o Plano Estratégico Mundial de Erradicação da Poliomielite e Fase Final 2013-2018 (Anexo 1) para orientar os Estados-Membros.
3. Uma região é considerada para certificação apenas quando todos os países na área geográfica demonstram a ausência da transmissão de poliovírus selvagem durante pelo menos três anos consecutivos com a norma de certificação da vigilância da poliomielite.³ Em 2014, as três estirpes do poliovírus tinham sido certificadas como erradicadas em quatro das seis regiões da OMS, com a excepção da Região Africana e do Mediterrâneo Oriental.⁴
4. Em Maio de 2015, a sexagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde adoptou uma resolução⁵ para garantir a interrupção da transmissão do PVS; alcançar e manter a norma de certificação da vigilância; introduzir a vacina inactivada da poliomielite (VIP) antes da retirada mundial da componente de tipo 2 da vacina oral trivalente da poliomielite (VOtP) até Maio de 2016.
5. Com a presença de poliovírus selvagem nos três países endémicos, existe o risco de propagação da poliomielite a outros países. As lacunas persistentes na vigilância e a baixa imunidade da população constituem uma ameaça de importação do poliovírus e à certificação da Região como tendo erradicado a poliomielite.
6. Este quadro de implementação foi formulado para orientar os Estados-Membros na obtenção da certificação regional de erradicação da poliomielite.

SITUAÇÃO ACTUAL

7. A Região Africana tem feito progressos significativos com vista à erradicação da poliomielite. Nos últimos cinco anos, houve uma redução de 128 casos de PVS em 2012, para setenta e seis casos em 2013, dezassete casos em 2014⁶ e nenhum caso notificado em 2015. Infelizmente, em Julho de 2016, após quase dois anos, foram confirmados quatro casos nas áreas pouco seguras do Estado de Borno, no norte da Nigéria.
8. A insegurança no Estado de Borno fez com que algumas áreas não fossem alcançadas pelas equipas de vacinação e de vigilância durante um período considerável de tempo. Por isso, a circulação de poliovírus não foi detectada até que essas áreas ficaram acessíveis. O Governo da Nigéria, juntamente com os parceiros da Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite

¹ <http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/poliomyelitis/en/>.

² Resolução WHA41.28 da Assembleia Mundial da Saúde, erradicação mundial da poliomielite até 2000.

³ <http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/certification/>.

⁴ Relatório Independente do Conselho de Monitorização da Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite, Novembro de 2017.

⁵ Assembleia Mundial da Saúde, Documento A68/21/ Add1 – 15 de Maio de 2015.

⁶ Actualização mundial semanal da OMS sobre a poliomielite, Janeiro de 2018.

(GPEI), prepararam rapidamente uma resposta ao surto para travarem qualquer circulação adicional de poliovírus.

9. Durante a sexagésima sexta sessão do Comité Regional em Adis Abeba, na Etiópia, em 2016, os Ministros da Saúde dos países da Bacia do Lago Chade⁷ declararam o surto de poliomielite na Nigéria como uma emergência sub-regional de saúde pública e intensificaram esforços para travarem rapidamente o surto. Para além disso, foi criada uma equipa operacional de coordenação para a poliomielite da Bacia do Lago Chade, constituída pelos Estados-Membros e pelos parceiros da GPEI, para reforçar a colaboração na resposta ao surto. Até Junho de 2018 não tinha sido confirmado nenhum caso de PVS na Região Africana durante 22 meses desde o último caso na Nigéria, com início a 21 de Agosto de 2016, e o último isolado de PVS do ambiente a 27 de Setembro de 2016. Isto acontece sobretudo devido à melhor qualidade das campanhas de vacinação nos países.

10. Todos os Estados-Membros da Região Africana retiraram a vacina oral da poliomielite de tipo 2 ao passarem da vacina oral trivalente da poliomielite (VOPT) para a vacina oral bivalente da poliomielite (VOPb) até Maio de 2016.⁸ Até Junho de 2018, trinta e nove Estados-Membros introduziram a VIP nos seus programas de vacinação de rotina, com os restantes 10 Estados-Membros⁹ a não o conseguirem devido a escassez mundial. A cobertura de vacinação de rotina na Região estagnou em cerca de 74% durante vários anos. Todos os Estados-Membros enviaram documentação nacional de contenção laboratorial de Fase 1a de poliovírus de acordo com o Plano Mundial de Acção III (PMA) da GPEI em 2016.¹⁰

11. Até Dezembro de 2017, um total de 40 dos 47 países viram a sua documentação nacional para a solicitação do estatuto de país livre de poliomielite ser aceite pela Comissão Regional Africana para a Certificação (CRAC) da Erradicação da Poliomielite.¹¹ Os restantes países planeiam apresentar a sua documentação completa à CRAC até Novembro de 2019 (Anexo 2). Com estes progressos, a Região Africana pode ser certificada como tendo erradicado a poliomielite até ao final de 2019 ou início de 2020. Tendo em vista a conclusão progressiva do programa da poliomielite e o seu eventual encerramento, os Estados-Membros desenvolveram planos de transição com custos calculados, para garantir que os bens da poliomielite beneficiam outras intervenções de saúde pública.¹²

PROBLEMAS E DESAFIOS

12. **Insegurança e inacessibilidade:** A implementação de actividades planeadas para reforçar a vigilância, a vacinação de rotina e as respostas a surtos tem sido dificultada pela inacessibilidade a zonas localizadas pouco seguras. É, por isso, difícil excluir qualquer transmissão persistente de poliovírus nessas zonas.

⁷ Camarões, Chade, Níger, Nigéria e República Centro-Africana.

⁸ Relatório do Secretariado da Septuagésima sessão da AMS – documento A70/14 sobre poliomielite.

⁹ Burquina Faso, Eritreia, Gana, Malawi, Ruanda, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbábue.

¹⁰ OMS, Relatório de Progressos sobre a Situação da Estratégia de Erradicação da Poliomielite e Fase Final na Região Africana (AFR/RC67/INF.DOC/5). *Em: Sexagésima sétima sessão do Comité Regional para a África, Victoria Falls, República do Zimbábue, 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2017.* Brazzaville, Congo, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2017.

¹¹ Relatório da CRAC sobre os progressos com vista à certificação, reunião em Yaoundé, nos Camarões, 11 a 15 de Dezembro de 2017.

¹² Relatório EB/142 do Conselho Executivo feito pelo Secretariado sobre o Planeamento da Transição da Poliomielite, Janeiro de 2018.

13. **Transmissão contínua de poliovírus e resposta insuficiente a surtos:** A confirmação de PVS¹³ em 2016 e os surtos de poliovírus circulante derivado da vacina de tipo 2 (PVcDV2)¹⁴ na parte oriental da República Democrática do Congo, no Quênia e na Nigéria em 2017 e 2018, aliada à baixa cobertura de vacinação de rotina, representam uma ameaça de propagação de poliovírus a outros países. A qualidade de algumas respostas a surtos tem sido fraca, resultando numa transmissão contínua.

14. **Lacunas persistentes na vigilância:** A Região Africana tem lacunas persistentes na vigilância da poliomielite devido a insegurança, fracos sistemas de saúde, prioridades concorrentes e, em algumas situações, apatia, uma vez que alguns Estados-Membros não confirmaram nenhum surto de poliomielite durante muitos anos. Em alguns casos, a vigilância da poliomielite não é priorizada devido a prioridades concorrentes identificadas, como outros surtos de doenças e emergências sanitárias.

15. **Restrições no desempenho dos laboratórios da poliomielite:** Para confirmar os poliovírus, o Escritório Regional da OMS para a África trabalhou com os Estados-Membros para criar 16 laboratórios nacionais da poliomielite na Região, que servem o país onde o laboratório está localizado, assim como alguns dos países vizinhos. Em alguns países onde os laboratórios nacionais estão localizados existem graves restrições que afectam a importação e o desfandamento de reagentes de laboratório, o que resulta em rupturas de *stock* e atrasos no processamento de amostras.

16. **Baixa imunidade da população:** A estagnação e o declínio no desempenho da vacinação de rotina em alguns países significa que existem áreas em risco de importação e de aparecimento de surtos de poliovírus. Para além disso, a má qualidade de algumas campanhas de vacinação contra a poliomielite, assim como a escassez mundial de VIP, teve como resultado a baixa imunidade da população, com a acumulação de populações susceptíveis a infecções de poliovírus.

17. **Contenção inadequada de poliovírus:** Alguns laboratórios de investigação na Região Africana não cumpriram totalmente as medidas de contenção para a destruição de potenciais materiais infectados com poliovírus para evitar a reintrodução/infiltração no ambiente e nas populações, o que pode vir a causar imensos surtos de poliomielite. Para além disso, apesar da passagem para a VOPb até Maio de 2016, alguns frascos de VOPt foram recentemente encontrados em unidades de saúde¹⁵ e o seu uso contínuo pode resultar em surtos de PVcDV2. Mais, o uso de VOMP2 em resposta a surtos de PVcDV2¹⁶ aumenta o risco do aparecimento de novos PVcDV2.

18. **Fracas comissões nacionais da poliomielite:** As comissões nacionais de poliomielite em alguns países não funcionam em pleno há vários anos, o que tem afectado a qualidade das actualizações e dos relatórios anuais. Este desempenho aumenta o risco da CRAC não possuir evidências e documentação credíveis para certificar a Região como livre da poliomielite.

19. **Redução do pessoal que trabalha no programa da poliomielite e manutenção da Região como livre da poliomielite após a certificação:** segundo a decisão do Conselho Executivo da OMS, em 2016,¹⁷ de reduzir os custos de indemnização e de responsabilização à

¹³ Zonas inseguras do Estado de Borno na Nigéria

¹⁴ Várias províncias da República Democrática do Congo, Nairobi, no Quênia, e vários estados da Nigéria

¹⁵ Chade, Nigéria, República Democrática do Congo.

¹⁶ Camarões, Chade, Moçambique, Níger, Nigéria e República Democrática do Congo.

¹⁷ Relatório EB/140/46 do Conselho Executivo feito pelo Secretariado sobre os Recursos Humanos, actualização, Novembro de 2016.

Organização, a Região Africana iniciou a extinção de alguns postos de funcionários que trabalham no programa da poliomielite, de acordo com os tectos orçamentais nacionais projectados pela GPEI. Para além disso, com o encerramento da GPEI após a certificação da erradicação da poliomielite, pode existir algum risco de não se manter a contenção dos poliovírus nos laboratórios e de não existir garantias na qualidade da detecção e da resposta aos surtos de poliomielite, uma vez que as infra-estruturas terão sido desmanteladas. A redução do pessoal que trabalha no programa da poliomielite pode também afectar de forma negativa a vigilância e a implementação de outras intervenções sanitárias na região.

QUADRO REGIONAL DE ACÇÃO

Visão, finalidade, objectivos, metas e marcos

20. **Visão:** Uma Região livre de poliovírus

21. **Finalidade:** Alcançar a certificação da Região como livre da poliomielite até ao final de 2019

22. **Objectivos:**

- a) Reforçar a vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) poliomielítica em todos os países, incluindo a vigilância ambiental funcional em certos países.
- b) Reforçar as comissões nacionais de certificação da poliomielite e os processos de documentação em todos os países para a declaração da erradicação da poliomielite.
- c) Manter a Região livre da poliomielite após a certificação da erradicação.

23. **Metas e Marcos**

a) Metas

Até Dezembro de 2019

- i) Todos os Estados-Membros têm a sua documentação sobre o estatuto livre de poliomielite aceite pela CRAC.
- ii) A Região é certificada como livre da poliomielite.

Até Janeiro de 2020

- i) Todos os Estados-Membros iniciaram a implementação da estratégia de certificação pós-poliomielite para manterem a Região livre da doença.

b) Marcos

Até Dezembro de 2018

- i) Todos os Estados-Membros enviam em devido tempo avaliações trimestrais de risco da poliomielite ao Secretariado
- ii) Os Estados-Membros com desafios em termos de insegurança e inacessibilidade localizada demonstram aumento trimestral da vigilância e das actividades de vacinação
- iii) Todos os Estados-Membros têm planos actualizados de preparação e resposta a surtos de poliomielite
- iv) Todos os Estados-Membros declaram surtos de poliomielite como emergências de saúde pública no espaço de uma semana após a notificação e cumprem os requisitos do RSI (2005)

- v) Todos os Estados-Membros com surtos de poliovírus interrompem a circulação no prazo de 120 dias após a notificação
- vi) Todos os Estados-Membros na Região alcançam e mantêm a norma de certificação da vigilância¹⁸ a nível nacional e subnacional
- vii) Todos os Estados-Membros têm os casos de paralisia flácida aguda (PFA) classificados em devido tempo todos os trimestres
- viii) Todos os Estados-Membros introduziram tecnologias de SGI para aperfeiçoar a vigilância no terreno e a supervisão de apoio integrada
- ix) Estados-Membros seleccionados possuem uma vigilância ambiental totalmente funcional que cumpre os indicadores de desempenho definidos
- x) Todos os Estados-Membros introduziram a vacina inactivada da poliomielite (VIP) nos seus programas nacionais de vacinação de rotina
- xi) Todos os Estados-Membros finalizaram a fase 1 da documentação de contenção de poliovírus e material potencialmente infeccioso segundo as orientações revistas do GAP III
- xii) Todos os Estados-Membros têm planos de transição da poliomielite aprovados pelas suas comissões nacionais de coordenação interagências

Até Março de 2019

- i) Todos os Estados-Membros possuem comissões nacionais da poliomielite estabelecidas e totalmente funcionais, prontas para apresentarem relatórios anuais de actualizações e documentação do seu estatuto livre da poliomielite
- ii) Todos os Estados-Membros demonstram um aumento nas taxas de cobertura de VOP3t e de VIP

Princípios orientadores

24. Apropriação e liderança dos países: A funcionalidade da rede nacional de vigilância da poliomielite é da responsabilidade do governo a todos os níveis, e os Estados-Membros devem melhorar o seu papel de liderança ao garantirem a existência de sistemas de vigilância sensíveis para certificação.

25. Parceria: Alcançar a erradicação da poliomielite exigirá a disponibilidade contínua de recursos (financeiros, materiais e humanos) por parte dos parceiros da GPEI, dos governos e de organizações não-governamentais.

26. Colaboração intersectorial: Especialmente em zonas inseguras, a colaboração intersectorial com o governo, com as forças militares e com outros sectores será fundamental para alcançar as populações mal servidas.

27. Abordagem integrada: O sistema de vigilância da poliomielite faz parte do sistema de vigilância e resposta integrada às doenças (VRID) na Região, e esta abordagem deve ser reforçada a todos os níveis.

28. Abordagem orientada para os resultados: A melhoria na qualidade das actividades para combater a poliomielite deve ser medida pela monitorização rigorosa dos indicadores definidos de desempenho, devendo as acções de gestão ser rapidamente realizadas onde os indicadores estiverem a piorar.

¹⁸ Pelo menos uma taxa de 2 por cada 100 000 crianças com menos de cinco anos com paralisia flácida aguda não poliomielítica e uma adequação das fezes de pelo menos 80%.

29. **Com base na responsabilização e em evidências:** A implementação do quadro de responsabilização para o programa da poliomielite, a todos os níveis, deve ser o ponto central para a melhoria do desempenho do programa.

30. **Inovações:** Os programas nacionais da poliomielite têm um enorme conjunto de inovações e de tecnologias que estão a mostrar-se úteis na melhoria do desempenho do programa e da qualidade dos dados.

Intervenções e Acções Prioritárias

31. **Realizar avaliações dos riscos:** Os Estados-Membros devem realizar periodicamente avaliações dos riscos e determinar o risco de transmissão e importação da poliomielite. Para além disso, os riscos emergentes, como a insegurança e os conflitos, os movimentos das populações e a recusa de vacinação devem ser incorporados na análise. As avaliações dos riscos devem ser feitas trimestralmente a nível nacional e subnacional e devem ser partilhadas com os parceiros para a implementação de medidas mitigadoras.

32. **Reforçar a vigilância e a capacidade laboratorial:** Os Estados-Membros devem reforçar urgentemente a vigilância à PFA a todos os níveis (nacional e subnacional) para detectarem a transmissão de quaisquer poliovírus a tempo de ser levada a cabo uma resposta rápida. Para além da PFA, nas áreas prioritárias que cumprem os critérios para a criação de vigilância ambiental, os Estados-Membros devem garantir que os departamentos/ministérios governamentais, como os que lidam com os problemas ambientais, são consultados na escolha de locais de recolha em matéria de vigilância ambiental. Os Estados-Membros devem facilitar as isenções de despacho ou simplificar os procedimentos de desalfandegamento para os principais reagentes de laboratório, de modo a evitar rupturas de *stock* e garantir uma funcionalidade contínua dos laboratórios da poliomielite.

33. **Melhorar a qualidade da resposta a surtos e dos planos de preparação:** Os Estados-Membros devem travar os surtos de poliovírus o mais rápido possível por meio de respostas de qualidade elevada. Para o conseguirem, os Estados-Membros devem elaborar, de forma urgente, planos de preparação para surtos de poliomielite que devem ser regularmente actualizados. É também fundamental que os Estados-Membros possuam mecanismos para reduzir os factores que estão a contribuir para a baixa qualidade da resposta a surtos, especialmente ao evitar atrasos desnecessários e agilizando a transferência de fundos disponíveis a nível nacional para os níveis de implementação, melhorar a selecção e a formação de equipas locais de vacinação e reforçar a supervisão, a monitorização e a avaliação no terreno das actividades implementadas.

34. **Aumentar a acessibilidade nas zonas de conflito:** Os Estados-Membros devem garantir a segurança e aumentar a acessibilidade das equipas de vacinação. Em algumas instâncias devem ser negociados dias de tranquilidade entre as facções em conflito para permitir que ocorram as actividades de vacinação. Em zonas perigosas e inseguras, onde a segurança das equipas de vacinação não possa ser garantida, os Estados-Membros podem explorar, como última opção, o uso de forças militares governamentais para realizarem as vacinações.

35. **Garantir a contenção e a destruição em laboratório dos poliovírus:** Para evitar a fuga de poliovírus dos laboratórios e a reintrodução nas populações e no ambiente, todos os Estados-Membros devem destruir potenciais materiais infectados com poliovírus nos laboratórios nacionais, incluindo laboratórios de investigação biomédica, assim que as amostras tenham sido utilizadas para os fins de investigação previstos. Para além disso, os Estados-Membros devem realizar rapidamente exercícios de validação e destruir os frascos de VOPt encontrados em unidades de saúde públicas e privadas. Para os países que utilizam VOMP2 na resposta a surtos de PVcDV2, as orientações mundiais para garantir que todos os frascos de VOMP2 são recolhidos e destruídos após a resposta devem ser rigorosamente respeitadas. A África do Sul, o único Estado-Membro na Região Africana que se candidatou para conservar os poliovírus selvagens como uma Unidade Essencial de Poliomielite

(UEP), deve respeitar as orientações mundiais das UEP. Numa situação onde exista a suspeita de que houve uma falha/fuga na contenção de poliovírus, o Estado-Membro deve notificar imediatamente a OMS para que existam investigações adicionais e sejam implementadas medidas correctivas imediatas.

36. Implementar o RSI (2005): Qualquer Estado-Membro com um surto de PVS ou de PVcDV deve, ao abrigo do actual Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005), declarar imediatamente o surto como uma emergência nacional de saúde pública. Esta declaração deve facilitar a mobilização de recursos adicionais dos parceiros da GPEI e dos Estados-Membros para rapidamente porem fim ao surto. Numa situação onde exista o risco do surto se propagar para os países vizinhos, os Estados-Membros dessa área geográfica devem declarar, rapidamente e em conjunto, o surto como uma emergência de saúde pública sub-regional de dimensão internacional (PHEIC) e garantir a implementação da vigilância transfronteiriça de elevada qualidade e de actividades sincronizadas de vacinação para evitar a propagação.

37. Reforçar os serviços de vacinação de rotina: Os Estados-Membros devem trabalhar rapidamente na revitalização da vacinação de rotina para melhorar a imunidade da população e a qualidade dos dados. O foco deve estar em alcançar as populações mal servidas e vulneráveis nas zonas de difícil acesso e que estejam em risco de serem contagiadas por poliovírus. Além disso, com a disponibilidade recentemente melhorada dos abastecimentos de VIP em todos os países na Região, os Estados-Membros devem garantir o rápido aumento da cobertura de VIP para aumentar a imunidade da população e mitigar os surtos de PVcDV2.

38. Alcançar zonas fronteiriças de difícil acesso e as populações migrantes: Os Estados-Membros devem mapear as áreas fronteiriças de difícil acesso e as rotas sazonais de migração com estimativas das populações. Devem ser envidados todos os esforços para aumentar o acesso a vacinações e à vigilância utilizando inovações locais, como o mapeamento geográfico e o microplaneamento, que podem ser conjugadas com outras intervenções de saúde para aumentar a aceitabilidade e a adesão às vacinas da poliomielite. A vacinação transfronteiriça, incluindo a vacinação permanente nos pontos de trânsito e a vacinação no dia de mercado, e a vigilância de populações migrantes/nómadas deve também ser reforçada.

39. Alargar o uso de tecnologias e de inovações: As inovações tecnológicas com base em SGI, disponíveis no Escritório Regional, fornecem informações geográficas em “tempo real” sobre a implementação da vigilância, da vacinação e da supervisão de apoio planeadas. Estão a mostrar ser úteis na melhoria do desempenho do programa e devem ser urgentemente adoptadas e intensificadas por todos os Estados-Membros, com a ajuda do Escritório Regional para a África, incluindo as Equipas de Apoio Interpaíses (EAI) e as Representações da OMS. Os Estados-Membros devem utilizar os dados gerados destas inovações para reforçarem ainda mais a vigilância e a vacinação de rotina.

40. Reforçar os processos de certificação: Os Estados-Membros devem rever urgentemente a composição e as actividades das comissões nacionais na preparação da documentação e de actualizações sólidas para que a CRAC declare com confiança a certificação da erradicação da poliomielite na Região Africana. Em alguns casos, os Estados-Membros devem considerar substituir os membros das comissões nacionais que sejam constantemente inactivos. Os membros das comissões nacionais nomeados devem ser formados e reorientados para garantir o reforço de capacidades nos processos de certificação. Os Estados-Membros devem garantir que as actualizações e os relatórios anuais sobre as actividades nacionais de certificação sejam submetidos a tempo à CRAC, de acordo com os prazos estipulados.

41. Melhorar a responsabilidade com base em evidências: Para melhorar ainda mais o desempenho do programa e garantir a certificação da erradicação da poliomielite na Região o mais

rápido possível, os Estados-Membros devem desenvolver indicadores-chave de desempenho do programa que devem contribuir para os principais indicadores regionais de medição de progressos da implementação do Quadro (anexo 3). Os Estados-Membros devem realizar actividades periódicas de monitorização e de avaliação para medirem os progressos. Onde existirem evidências de apatia crónica no pessoal, com uma deterioração persistente do programa que coloca a Região em risco de não ser certificada como livre da poliomielite, devem ser tomadas medidas de gestão para a responsabilização do pessoal governamental e de agências que estejam a trabalhar no programa.

42. Implementar o planeamento da transição da poliomielite e a estratégia de certificação pós-poliomielite: Os Estados-Membros devem mobilizar o apoio dos parceiros internos do desenvolvimento e outros que actuam no país através de comissões de coordenação interagências para preencher a lacuna que pode ser causada pelo actual planeamento da transição da poliomielite, de modo a garantir a manutenção dos progressos a serem realizados com vista à certificação. Para manter o estado livre da poliomielite após a certificação, os Estados-Membros devem implementar mecanismos para sustentar as funções essenciais do programa da poliomielite (conter os poliovírus em laboratório, detectar imediatamente quaisquer surtos de poliovírus que possam ocorrer e levar a cabo actividades adequadas de resposta a surtos).

43. Acompanhar a consecução dos marcos estabelecidos pelo Secretariado: para acompanhar os progressos nos marcos definidos no quadro, os relatórios trimestrais de classificação serão partilhados pelo Secretariado com todos os Estados-Membros. O relatório geral sobre a implementação do quadro deverá ser apresentado à septuagésima sessão do Comité Regional em 2020

44. O Comité Regional analisou e adoptou o quadro proposto.

ANEXO 1: Quadro de Monitorização para o Plano Estratégico Mundial de Erradicação da Poliomielite e Fase Final 2013-2018

| OBJECTIVOS DO PLANO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE RESULTADOS | INDICADORES DE PRODUTOS | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|--|
| | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| <p>Deteção e Interrupção de poliovírus: Conseguir a interrupção da transmissão do poliovírus selvagem a nível mundial e detectar e interromper de forma mais rápida quaisquer novos surtos devido a poliovírus derivados de vacinas</p> <p>Monitorizado pelo Conselho de Monitorização Independente</p> | <p><i>Todas as transmissões de poliovírus selvagem travadas até ao final de 2014</i></p> <p><i>Todos os novos surtos de PVcDV travados em 120 dias</i></p> | <p>Alcançar e manter uma taxa de PFA > 2/100 000 em todos os estados/províncias nos países de risco elevado</p> <p>Alcançar e manter uma colheita adequada de amostras de fezes em 80% dos casos em todos os estados/províncias nos países de risco elevado</p> <p>Definir > 80% de cobertura confirmada por LQAS em todas as áreas de risco elevado da Nigéria e do Afeganistão; >90% nas zonas do Paquistão</p> <p>Criar um quadro completo de segurança e de protecção nos 3 países endémicos</p> <p>Todos os surtos actuais de PVcDV travados até ao final de 2013</p> | <p>Criar 10 novos postos de amostragem ambiental nos países em risco de ocorrerem surtos de PVcDV e de PVS</p> <p>Manter > 80% de cobertura confirmada por LQAS nas áreas de risco elevado da Nigéria e do Afeganistão; >90% nas zonas de risco elevado do Paquistão</p> <p>Convocar uma comissão de revisão do RSI; criar recomendações para pós-2014</p> <p>Desenvolver planos completos de contingência para limitar a propagação internacional e interromper a transmissão</p> | <p>Criar 10 postos adicionais de amostragem ambiental nos países com unidades nacionais de VOP</p> <p>Se a transmissão persistir, implementar planos completos de contingência para limitar a propagação internacional e interromper a transmissão</p> | <p>Manter a norma de certificação da vigilância até ao primeiro nível subnacional em todos os países, em regiões certificadas e não certificadas</p> | <p>Implementar o protocolo de resposta a vírus de tipo 2 para a era pós-VOP</p> | <p>Criar protocolos de resposta 1 e 3 para a era pós-VOP</p> |

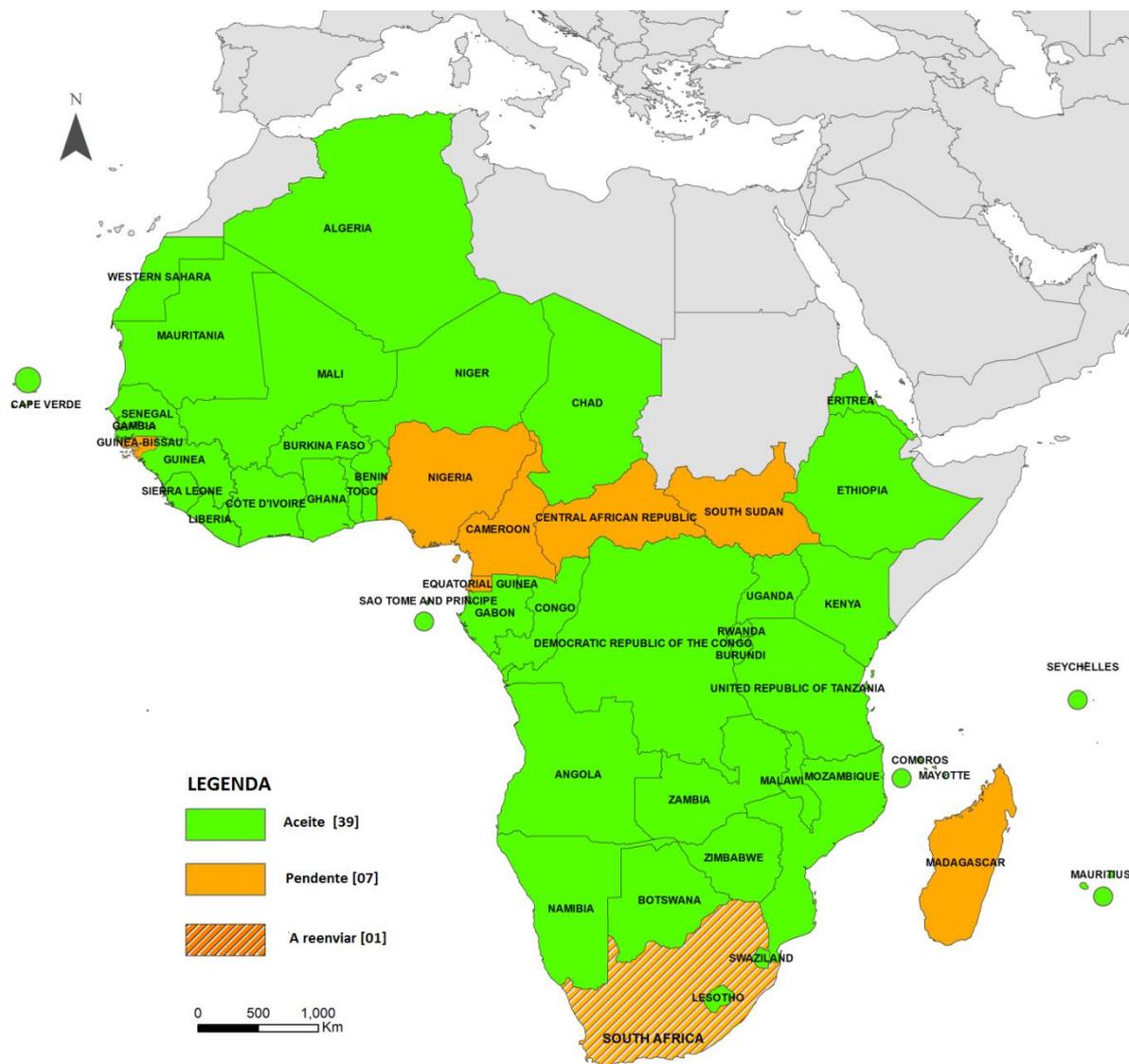
| OBJECTIVOS DO PLANO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE RESULTADOS | INDICADORES DE PRODUTOS | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|--|
| | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| <p>Reforço dos sistemas de vacinação e retirada da VOP: Reforçar os serviços de vacinação nos "países de incidência", introduzir a VIP e retirar a VOP2 a nível mundial</p> <p>Monitorizado pelo SAGE</p> | <p><i>VOP de tipo 2 retirada ao nível mundial até ao final de 2016</i></p> <p><i>Pelo menos 10% de aumento anual na cobertura de DTP3 alcançada em 80% dos distritos de risco elevado de todos os países de incidência de 2014 a 2018³⁷</i></p> | <p>Desenvolver planos nacionais anuais de melhoria da cobertura de vacinação em pelo menos 5 dos países de incidência</p> <p>Implementar o abastecimento de VIP e a estratégia de financiamento para a introdução de VIP</p> | <p>Dedicar > 50% do tempo do pessoal que trabalha no programa da poliomielite a tarefas de reforço dos sistemas de vacinação</p> <p>Desenvolver planos nacionais anuais de melhoria da cobertura de vacinação em todos os países de incidência</p> <p>Garantir que todos os países com produtores ou com capacidade para aquisição ao nível nacional têm acesso a um produto VOPb licenciado</p> | <p>Criar uma reserva de de produtos a granel ou acabados de VOPm2</p> <p>Finalizar a data prevista para o último uso da VOP2</p> <p>Facilitar e apoiar a introdução de pelo menos 1 dose de VIP nos programas de vacinação de rotina em todos os países que utilizam VOP</p> <p>Alcançar uma melhoria anual de 10% nas taxas de cobertura de DTP3 nos distritos de risco elevado em todos os países de incidência</p> | <p>Finalizar a política mundial de VIP para a era pós-VOP</p> <p>Alcançar uma melhoria anual de 10% nas taxas de cobertura de DTP3 nos distritos de risco elevado em todos os países de incidência</p> | <p>Alcançar uma melhoria anual de 10% nas taxas de cobertura de DTP3 nos distritos de risco elevado em todos os países de incidência</p> | <p>Criar reservas de produtos a granel ou acabados VOPm1 e VOPm3</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | Alcançar uma melhoria anual de 10% nas taxas de cobertura da DTP3 nos distritos de risco elevado pelo menos nos 5 países de incidência com planos criados em 2013 ³⁸ | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|

| OBJECTIVOS DO PLANO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE RESULTADOS | INDICADORES DE PRODUTOS | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| <p>Contenção e Certificação:</p> <p>Certificar a erradicação e a contenção de todos os poliovírus selvagens até ao final de 2018 e reforçar a segurança mundial a longo prazo da poliomielite</p> <p>Monitorizado pela Comissão Mundial de Certificação</p> | <p><i>Erradicação mundial da poliomielite certificada até ao final de 2018</i></p> | <p>Alinhar o PMAIII com a nova estratégia e prazos da fase final</p> | <p>Certificar a Região da OMS do Sudeste Asiático como livre da poliomielite</p> <p>Completar a contenção de fase 1 (inquérito e inventário) (excepto nos países onde a poliomielite é endémico)</p> | <p>Entregar o relatório da OMS à AMS sobre a erradicação de PVS2</p> <p>Chegar a um consenso internacional sobre os prazos e garantias da contenção</p> | <p>Implementar as garantias de contenção biológica para todos os PVS</p> | <p>Implementar o tratamento seguro de todos os poliovírus de tipo 2 derivado da vacina Sabin</p> | <p>Completar o processo de certificação para todas as 6 regiões da OMS, levando à certificação mundial da erradicação da poliomielite</p> <p>Preparar para a eventual contenção de todos os poliovírus derivados da vacina Sabin na altura da retirada da VOPb</p> |

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|--|
| <p>Planeamento de Legado: Desenvolver um plano para garantir que os investimentos da poliomielite contribuem para os objectivos sanitários futuros, através de documentação e da passagem de lições aprendidas, processos e bens da Iniciativa Mundial da Erradicação da Poliomielite</p> <p>Monitorizado pela Assembleia Mundial da Saúde</p> <p>Os objectivos e indicadores aqui apresentados são indicativos</p> | <p><i>Plano de legado da poliomielite desenvolvido até ao final de 2015</i></p> | <p>Iniciar os processos mundiais de planeamento de legado, incluindo a consulta de partes interessadas, o mapeamento de bens e a captura das lições aprendidas</p> | <p>Completar o processo de consulta alargada sobre o legado da poliomielite</p> | <p>Criar um plano de legado da poliomielite</p> | <p>Iniciar a implementação do plano de legado da poliomielite</p> | | |
|---|---|--|---|---|---|--|--|

**ANEXO 2: Estado da documentação de países livres da poliomielite aceite pela CRAC,
até Junho de 2018**



ANEXO 3: Principais indicadores regionais para a medição dos progressos da implementação do quadro

| | Tarefa | Indicadores |
|----|--|---|
| 1. | Realizar avaliações dos riscos | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países que enviam a tempo avaliações trimestrais dos riscos da poliomielite. • Mapeamento geográfico das áreas prioritárias com base na avaliação dos riscos. • Disponibilidade da avaliação trimestral dos riscos a nível regional. |
| 2. | Reforçar a vigilância e a confirmação laboratorial | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países que cumprem os principais indicadores da norma de certificação da vigilância da PFA. • Número dos países prioritários com vigilância ambiental funcional com base nos indicadores definidos. • Número dos laboratórios nacionais da poliomielite que são anualmente acreditados na Região. |
| 3. | Melhorar a qualidade da preparação da resposta a surtos | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países com planos actualizados de preparação de resposta a surtos da poliomielite. • Número de respostas a surtos que são aceites a 90% utilizando a amostragem de garantia de qualidade dos lotes (LQAS). • Número de surtos interrompidos em 120 dias. |
| 4. | Alcançar a contenção dos poliovírus | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países com relatórios documentados de contenção de Fase 1b, de acordo com o PMAIII, enviados atempadamente à AFRO. |
| 5. | Implementar o RSI (2005) durante os surtos de poliomielite | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países que declaram rapidamente surtos de PVS ou PVcDV como emergências nacionais de saúde pública. • Número de países que vacinam os passageiros uma vez, tal como recomendado pela Comissão de Emergência da Poliomielite do RSI. |
| 6. | Reforçar a vacinação de rotina e introduzir a VIP | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países com um aumento anual na cobertura da vacinação de rotina. • Número de países que introduziram a VIP. • Número de países com surtos de PVcDV. |
| 7. | Reforçar as comissões e os processos de certificação | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países com comissões nacionais da poliomielite formadas e funcionais. • Número de países que enviaram atempadamente relatórios anuais de progressos de qualidade. • Número de países cuja documentação que indica que estão livres da poliomielite é aceite pela CRAC. |
| 8. | Alargar o uso de inovações tecnológicas e criar quadros de responsabilização | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países que estão a realizar vigilância activa e uma supervisão de apoio utilizando plataformas em tempo real com base no SGI. • Número de países que utilizam os principais indicadores de desempenho no seu quadro de responsabilização. |
| 9. | Planeamento da transição da poliomielite e estratégia de certificação pós-poliomielite | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países com planos de transição da poliomielite finalizados e aprovados pelas comissões nacionais de coordenação interagências (CCI). • Número de países com uma estratégia de certificação pós-poliomielite aprovada pelas CCI. |