



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima sessão

Malabo, Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro de 2010

Ponto 7.8 da ordem do dia provisória

**ESTADO ACTUAL DA VACINAÇÃO DE ROTINA E DA ERRADICAÇÃO DA
POLIOMIELITE NA REGIÃO AFRICANA: DESAFIOS E ACÇÕES PROPOSTAS**

Relatório do Director Regional

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES	1–5
SITUAÇÃO ACTUAL	6–18
DESAFIOS	19–28
RECOMENDAÇÕES	29–39

ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Mapa 1: Casos de poliovírus selvagem (WPV) notificados na Região Africana, Janeiro – Dezembro de 2009	7
2. Mapa 2 e Mapa 3: Casos de poliovírus selvagem (WPV) notificados na Região Africana, Janeiro – final de Abril de 2009 e 2010.....	8
3. Quadro 1: 2008-2009 Cobertura notificada da DPT3 e da vacina-1 do sarampo (MCV1) e estimativas de cobertura da OMS/UNICEF.....	9

PROJECTO DE RESOLUÇÃO AFR/RC60/WP/4: Estado actual da Vacinação de Rotina e da Erradicação da Poliomielite na Região Africana: Desafios e Acções Propostas
(documento AFR/RC60/14)

ANTECEDENTES

1. Graças à vacinação contra a hepatite B¹, tem-se evitado, todos, a morte estimada de 2-3 milhões de crianças, bem como a morte de, aproximadamente, 600 000 adultos.
2. O potencial que a vacinação contém para uma redução ainda maior da mortalidade e para acelerar a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionado com a saúde (ODM), particularmente o ODM4, poderá ser concretizado com uma ainda maior cobertura da vacinação e a introdução em larga escala de novas vacinas, que visem um maior número de doenças infecciosas.
3. O Plano Estratégico Regional do PAV de 2006-2009², formulado em conformidade com a Visão e Estratégia Mundiais de Vacinação (GIVS)³, identificou cinco áreas estratégicas principais, incluindo o reforço da vacinação de rotina e a erradicação da poliomielite.
4. Em 2008, o Comité Regional Africano aprovou a *Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África*⁴, exortando os Estados-Membros a continuarem a investir nos sistemas nacionais de saúde.
5. Em 2009, os Estados-Membros adoptaram um objectivo regional de eliminação do sarampo⁵, a atingir em 2020, e aprovaram uma abordagem gradual que requer a consecução, até 2012, das metas propostas de pré-eliminação.

SITUAÇÃO ACTUAL

6. A cobertura regional pela vacinação de rotina, em 2009, da terceira dose da vacina DPT (DPT3) foi de 85%, comparada com 82%, em 2008; 20 Estados-Membros notificaram, pelo menos, 90% de cobertura a nível nacional, em 2009, enquanto em 2008, apenas 16 o fizeram⁶. A implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED), incluindo outras estratégias inovadoras, como a Intensificação Periódica das Actividades de Vacinação de Rotina, Jornadas da Saúde Infantil e Jornadas de Vacinação Plus, contribuiu para uma melhor cobertura. No entanto, 26 países ainda não atingiram este nível de cobertura recomendado.

¹ Duclos P et al. Global Immunization: status, progress, challenges and future. BMC International Health and Human Rights 2009, 9(Suppl 1): S2.

² OMS. Resolução AFR/RC56/R1: Plano Estratégico Regional para o Programa Alargado de Vacinação 2006–2009. In: *quinquagésima sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS, Adis Abeba, Etiópia, 28 de Agosto - 1 de Setembro de 2006, Relatório Final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2006 (AFR/RC56/24), pp. 7–10.

³ Global Immunization Vision and Strategy (GIVs) 2006–2015, 2005.

⁴ OMS. Resolução AFR/RC58/R3: Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhor saúde em África no novo milénio. In: *quinquagésima oitava sessão do Comité Regional Africano da OMS, Yaounde, Camarões, 1–5 de Setembro de 2008, Relatório Final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2008 (AFR/RC58/20), pp. 13–15.

⁵ OMS. Documento AFR/RC59/14: Para a eliminação do sarampo na Região Africana até 2020. In: *quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS, Kigali, República do Ruanda, 31 de Agosto - 4 de Setembro de 2009*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2009.

⁶ Anexos, Quadro 1: Cobertura notificada da DPT3 e da MCV1 em 2008-2009 e estimativas de cobertura da OMS/UNICEF.

7. Uma análise detalhada das taxas de cobertura regionais da vacinação de rotina revela disparidades entre os países. Estima-se que 4,2 milhões de crianças na Região Africana não foram vacinadas com a DPT3 em 2009, em comparação com 5,2 milhões em 2008⁷. Aproximadamente 80% destas crianças não vacinadas com a DPT3 residem em apenas 10 países⁸.

8. As jornadas da saúde da mulher e da criança e outras actividades semelhantes realizam-se, pelo menos, uma vez por ano em 38 dos 46 países da Região Africana. Essas actividades incluem a advocacia e a vacinação de populações remotas, sendo concretizadas com outras intervenções destinadas à sobrevivência infantil.

9. Têm-se registado progressos na introdução de novas vacinas. A vacina da hepatite B e as vacinas contra a *Haemophilus Influenza* do tipo b foram introduzidas, respectivamente, em 45 e 43 países. A vacina pneumocócica conjugada foi introduzida em três países, a vacina contra o rotavírus num país e o vírus do papiloma humano (HPV) está em vias de introdução.

10. Até 2004, a transmissão indígena do poliovírus selvagem tinha sido interrompida em 45 dos 46 países da Região, sendo a Nigéria o único país endémico. Em 2006, oito Estados-Membros⁹ tiveram surtos de poliomielite e, em 2009, 18 países¹⁰ sofreram importações, na sequência da propagação de poliovírus selvagens, a partir dos reservatórios de poliomielite resistentes¹¹, para Estados-Membros anteriormente já livres da polio, devido a uma cobertura inadequada da vacinação de rotina e de actividades insuficientes de vacinação suplementar (SIA), o que resultou numa baixa imunização das populações.

11. No final de Abril de 2010, nove países da África Ocidental e Central tinham notificado 40 casos de polio, em comparação com 306 casos em 12 países, durante o mesmo período de 2009. A intensificação dos esforços para interromper a transmissão do poliovírus selvagem na Nigéria estão a produzir resultados, com apenas dois casos de polio notificados no final de Abril de 2010, em comparação com 236 casos, no mesmo período de 2009.

12. A implementação de estratégias de redução da mortalidade devida ao sarampo resultou numa substancial redução dos óbitos estimados para essa doença. No final de 2008, os óbitos estimados por sarampo tinham diminuído em 92% (representando 28 000 óbitos), em comparação com os níveis de 2000 (371 000 óbitos), principalmente em consequência das SIA levadas a cabo na Região. Esse progresso, porém, está a ser posto em risco por uma insuficiente cobertura da vacinação de rotina a nível distrital, em vários países, o que resultou em vários surtos de sarampo em 2010.

13. No final de 2009, 15 países¹² tinham sido validados como tendo eliminado o tétano materno e neonatal. Durante o mesmo período, 23 dos 31 países em risco de febre amarela na Região Africana introduziram a vacina da febre amarela nos seus programas de PAV de rotina, atingindo uma cobertura regional de 73%.

⁷ Fonte dos dados: MOH-UNICEF-WHO Joint Reporting Forms (JRF).

⁸ Angola, Camarões, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Quénia, Nigéria, Tanzânia, Uganda e Zimbabué.

⁹ Angola, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Quénia, Namíbia e Níger.

¹⁰ Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné, Quénia, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Serra Leoa, Togo e Uganda.

¹¹ Angola, Chade, República Democrática do Congo e Nigéria.

¹² Argélia, Botsuana, Burundi, Comores, Congo, Eritreia, Lesoto, Malawi, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbabué.

14. A vigilância de doenças evitáveis pela vacinação (VPD) desempenha um papel fundamental no direccionamento das actividades do programa de vacinação. Por outro lado, o sistema de vigilância das VPD está a reforçar a implementação da vigilância e resposta integrada às doenças (IDSR). A estratégia IDSR, adoptada em 1998, na sequência da Resolução AFR/RC48/R2 do Comité Regional, encontra-se em vários estádios de implementação, em 43 dos 46 Estados-Membros. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 apela ao reforço das capacidades nacionais essenciais para vigilância e resposta aos surtos.

15. Oitenta e cinco por cento (85%) dos Estados-Membros reservaram uma rubrica específica, no seu orçamento nacional, para a compra das vacinas usadas na vacinação de rotina. A percentagem do financiamento governamental dedicado às despesas globais com as vacinas na Região Africana aumentou de 48%, em 2000, para 53%, em 2006. Contudo, a percentagem do financiamento governamental dedicado às despesas globais com a vacinação de rotina permaneceu praticamente igual, respectivamente 45% e 43%, em 2000 e 2006¹³.

16. Os Estados-Membros estão a receber apoio para realizarem ensaios clínicos de vacinas contra a meningite devido ao meningococo A, o paludismo, a cólera, a TB e o VIH/SIDA. Estas vacinas candidatas, a maioria das quais de importância regional, encontram-se em diferentes estádios de desenvolvimento. Os Estados-Membros estão igualmente a receber apoio para assegurar o cumprimento dos padrões internacionais éticos e reguladores mais elevados, em todos os ensaios clínicos, através de várias iniciativas, incluindo o Fórum Africano Regulador das Vacinas (AVAREF).

17. A fim de intensificar e melhorar o âmbito e a qualidade do apoio técnico aos países, o Escritório Regional Africano da OMS criou o Grupo de Acção para a Vacinação (TFI), que serve como seu principal grupo consultivo no desenvolvimento de políticas sobre vacinas e vacinação. Por outro lado, criaram-se grupos de trabalho específicos¹⁴ para aumentar a eficácia das deliberações do TFI, através da revisão e disponibilização de informação de base factual e de opções para recomendações. Para além disso, o Escritório Regional criou 1009 postos de trabalho para funcionários, 112 dos quais para pessoal internacional e 897 para nacionais. Desses postos, 1006 são financiados por contribuições voluntárias e apenas três por contribuições fixas.

18. Apesar dos progressos significativos, persistem grandes desafios, que devem ser enfrentados para se melhorar os serviços de vacinação de rotina e se conseguir a erradicação da poliomielite.

DESAFIOS

19. **Política e planeamento da vacinação:** embora a maioria dos Estados-Membros disponha de uma política escrita de vacinação, a maior parte dessas políticas não estão actualizadas de modo a incluírem os desenvolvimentos mais recentes no campo das vacinas e da vacinação. Por outro lado, o planeamento estratégico nacional de desenvolvimento sanitário nem sempre inclui a vacinação como uma componente integrante.

20. **Legislação:** alguns Estados-Membros têm estatutos ou regulamentação de saúde pública que podem ser usados para prevenir e controlar os surtos de doenças evitáveis pela vacinação (VPD). Alguns dos regulamentos exigem que os pais ou os encarregados de educação apresentem o boletim de vacinas das crianças para a matrícula na escola. No entanto, na maioria dos Estados-Membros,

¹³ Lyndon P et al. Government financing for health and specific national budget lines: The case of vaccines and immunization. *Vaccine* 26 (2008), 6727-6734

¹⁴ Polio, Disease control initiatives, Un-immunized children, Immunization financing and Immunization research.

esses regulamentos não são aplicados, o que resulta em surtos de VPD nos estabelecimentos de ensino.

21. Planeamento e estratégias a nível de distrito: a fraca capacidade para planear e gerir a implementação da abordagem RED, incluindo estratégias para aceder a áreas de difícil acesso, é um dos factores que contribuem para a existência de falhas na cobertura vacinal. As avaliações realizadas em 2002 e 2007 da estratégia RED documentaram vários desafios, incluindo a insuficiência financeira e logística para sessões de proximidade, o esgotamento de *stocks* e o cancelamento de sessões, a formação insuficiente dos profissionais de saúde e a deficiente ligação entre os serviços de saúde e as comunidades. A falta de uma colaboração sistemática entre países vizinhos e de uma partilha atempada da informação entre os Estados-Membros tem afectado negativamente a capacidade de controlar os surtos de VPD.

22. Financiamento: os recentes progressos alcançados no domínio da vacinação na Região Africana devem-se largamente à disponibilidade de financiamento internacional e do modesto financiamento dos Estados-Membros. A previsibilidade do financiamento internacional para a vacinação tem constituído, muitas vezes, um problema, pelo que se verifica a necessidade de advogar um financiamento doméstico a longo prazo. Com os actuais níveis de financiamento nacional para a vacinação, será difícil sustentar os progressos na introdução de novas vacinas, que são muito mais dispendiosas do que as vacinas tradicionais, ou reforçar o uso de vacinas na Região. Em última análise, isso acaba por comprometer a prestação de serviços de vacinação e, por conseguinte, as taxas de cobertura vacinal.

23. Infra-estruturas inadequadas: as más infra-estruturas de saúde têm tido um impacto negativo na prestação dos serviços de vacinação e, conseqüentemente, na cobertura vacinal. A maioria dos Estados-Membros não tem instalações adequadas, nem devidamente descentralizadas, para o armazenamento das vacinas no frio. Isso, em parte, tem dificultado o reforço da introdução de novas vacinas.

24. Participação e apropriação por parte das comunidades: apesar dos esforços que os Estados-Membros têm feito para levar os serviços de vacinação para mais próximo das comunidades, a procura e o uso continuado dos serviços de vacinação tem permanecido baixo. Isso tem-se devido, em parte, a uma inadequada sensibilização para os benefícios da vacinação e à falta de apropriação dos programas de vacinação por parte das comunidades.

25. Prestação de serviços de vacinação: a efectivação de um elevado nível de vacinação das populações depende de uma elevada cobertura da vacinação de rotina e da existência de doses suplementares de vacinas durante as SIA, para a erradicação da poliomielite e a eliminação e controlo de outras VPD. Em particular, apesar do empenho político nacional, existe um número considerável de crianças que não são abrangidas durante as SIA da poliomielite, em grande parte devido à incapacidade de traduzir esse empenho de alto nível em acções e responsabilização a nível operacional.

26. Monitorização e avaliação: a existência de dados rigorosos e relevantes é essencial para estimar a população-alvo das sessões de vacinação e monitorizar os progressos realizados para alcançar as metas e objectivos estabelecidos. Em alguns Estados-Membros, os denominadores da população não são fidedignos e a qualidade dos dados é insatisfatória. Isso tem resultado na produção de uma cobertura administrativa da vacinação sem rigor e numa previsão incorrecta do abastecimento de vacinas e produtos acessórios.

27. **Vigilância das doenças evitáveis pela vacinação:** apesar dos progressos feitos para cumprir os indicadores de vigilância das VPD a nível nacional, ainda existem lacunas significativas a nível subnacional. Isso tem contribuído para a falha ou atraso na detecção dos surtos de VPD. Embora o sistema de vigilância das VPD seja relativamente funcional, a estratégia IDSR que foi estabelecida para abranger todos os sistemas de vigilância ainda terá de ser reforçada em todos os Estados-Membros.

28. **Investigação sobre vacinação:** a investigação operacional é fundamental para entender várias questões de implementação relacionadas com a vacinação contra as doenças infecciosas mais comuns. Actualmente, existe uma investigação operacional limitada sobre a vacinação na Região Africana. Isso conduz a um mau entendimento das insuficiências na prestação da vacinação, dificultando a boa implementação das actividades de vacinação. Para além disso, a investigação e o desenvolvimento de novas vacinas nos Estados-Membros é dificultada pelas fracas infra-estruturas, ausência de prioridades, conhecimentos limitados, fraca supervisão ética e reguladora e financiamento inadequado.

RECOMENDAÇÕES

29. **Integrar a vacinação na política nacional de saúde e no reforço dos sistemas de saúde:** integrar a política de vacinação na política nacional de desenvolvimento sanitário e nos planos estratégicos, com as intervenções de vacinação quantificadas, orçamentadas e incorporadas nas várias componentes do reforço dos sistemas nacionais de saúde. Essas componentes incluem o financiamento, os recursos humanos, as compras e a gestão dos abastecimentos, a prestação de serviços, as infra-estruturas, incluindo a capacidade da cadeia do frio, os sistemas de informação, a monitorização e a avaliação.

30. **Aumentar o financiamento para a vacinação:** basear-se nos esforços para criar rubricas nos orçamentos nacionais para a vacinação, garantindo a afectação de fundos adequados e o seu real desembolso para as iniciativas de vacinação de rotina e de erradicação da poliomielite. Por outro lado, os países devem utilizar e gerir com eficácia os recursos nacionais e externos existentes. Deve ser dada forte ênfase sobre a necessidade de recursos adicionais para concretizar um “último esforço” de aumento da cobertura de vacinação, de 85% para 90% e superior, provavelmente com custos marginais mais elevados.

31. **Fomentar as parcerias para a vacinação:** realizar advocacia e mobilizar outros sectores, líderes e comunidades para apoiarem os objectivos da erradicação da poliomielite e da elevada cobertura vacinal na Região Africana. As parcerias para a vacinação deverão ser alargadas, de modo a reflectirem outras iniciativas regionais, tais como a Harmonização para a Saúde em África (HHA).

32. **Melhorar o acesso a novas vacinas:** intensificar a advocacia para reduzir os preços das novas vacinas. Por outro lado, devem ser criados mecanismos de comunicação entre os Estados-Membros, para permitir que os dois representantes da Região Africana no conselho da GAVI expressem as opiniões e pontos de vista da Região nos fóruns internacionais.

33. **Reforçar as capacidades das instituições, dos recursos humanos e da gestão:** melhorar a capacidade dos programas de vacinação e estruturas com eles relacionadas, para formular estratégias e planos e assegurar a sua implementação, monitorização e avaliação. É preciso encontrar profissionais devidamente formados numa variedade de disciplinas e com as competências necessárias, bem como criar acordos institucionais apropriados. Deve dar-se prioridade à capacidade de planear e gerir a nível distrital e subdistrital, com vista a melhorar e sustentar elevados níveis de cobertura vacinal (90% de cobertura a nível nacional e, pelo menos, 80% em todos os distritos),

através do funcionamento de bons serviços de vacinação de rotina e da implementação de SIA de elevada qualidade, incluindo actividades transfronteiriças.

34. Alargar a sensibilização, participação e apropriação por parte das comunidades: intensificar a mobilização social e assegurar que as intervenções para a promoção da saúde sejam devidamente cobertas e integralmente implementadas nos planos plurianuais abrangentes (cMYPs) de vacinação, para envolver as comunidades e aumentar a procura dos serviços de vacinação. Devem criar-se e/ou reforçar-se laços eficazes entre os serviços de vacinação e as comunidades.

35. Reforçar a monitorização e avaliação: criar métodos de estimativa rigorosa das populações-alvo para fins de planeamento e monitorização e fornecer oportunamente estimativas anuais da população activa. Os Estados-Membros devem reforçar os seus sistemas vitais de registo para registar todos os nascimentos ocorridos. Os sistemas de monitorização e avaliação dos programas e serviços de vacinação devem ser reforçados. Por outro lado, devem realizar-se com regularidade inquéritos sobre a cobertura vacinal, a fim de validar os dados administrativos sobre a vacinação. A informação gerada pelos sistemas e inquéritos de monitorização deve ser amplamente partilhada e usada para a advocacia e para melhoria dos programas e dos serviços.

36. Reforçar a vigilância das VPD: atingir e manter os indicadores da vigilância das VPD a todos os níveis, assegurando uma vigilância activa e, pelo menos, uma supervisão mensal de apoio ao nível operacional. Por outro lado, o *feedback* mensal deverá ser instituído como parte da monitorização e avaliação do programa a todos os níveis. Os Estados-Membros são exortados a reforçar a implementação da vigilância integrada das doenças em todos os distritos, incluindo a adaptação e divulgação das orientações IDSR revistas.

37. Reforçar a investigação sobre vacinas: assegurar a implementação integral da Declaração de Argel¹⁵ e do Apelo de Bamako à Acção sobre investigação em saúde na Região Africana¹⁶, como forma de melhor compreender e aperfeiçoar as estratégias para uma melhor prestação de serviços de vacinação. Por outro lado, os países deverão promover e aumentar o seu envolvimento na investigação sobre vacinas para as VPD e outras doenças prioritárias como o paludismo, a tuberculose e o VIH. Os Estados-Membros e os parceiros deverão explorar a possibilidade da produção local de vacinas na Região Africana, uma vez que estas são continuamente necessárias.

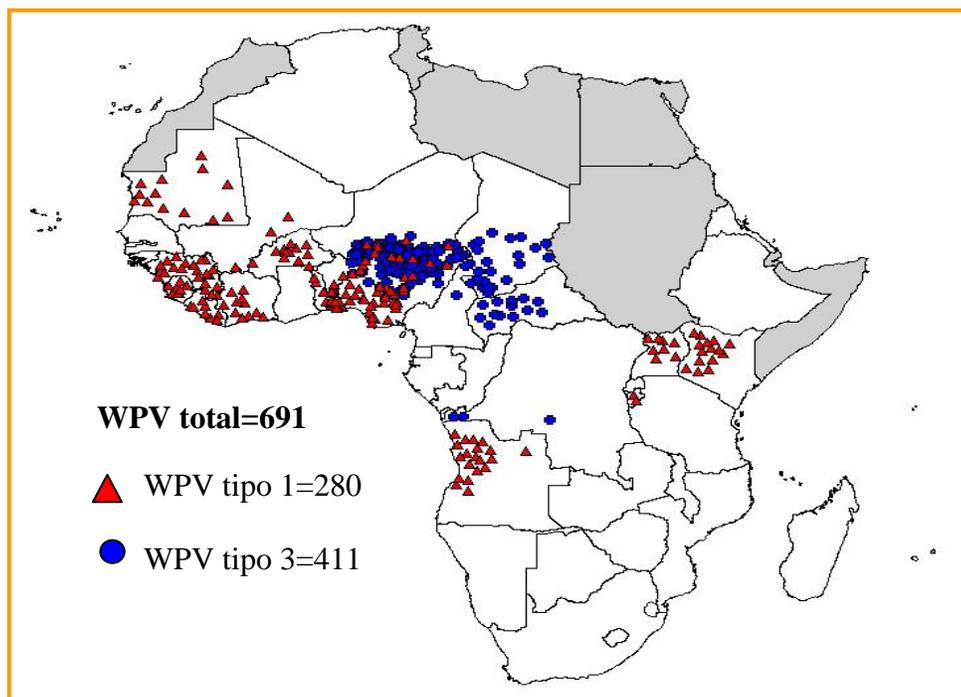
38. Institucionalizar uma Semana Africana da Vacinação com periodicidade anual: instituir uma comemoração anual de uma Semana Africana da Vacinação, como forma de manter a advocacia e melhorar a prestação e o recurso aos serviços de vacinação.

39. O Comité Regional é convidado a registar os progressos feitos no domínio da vacinação e a aprovar as recomendações.

¹⁵ Declaração de Argel: Conferência Ministerial sobre Investigação em Saúde na Região Africana – Colmatar as Lacunas nos Conhecimentos para melhorar a Saúde em África, Argel, 23–26 de Junho 2008.

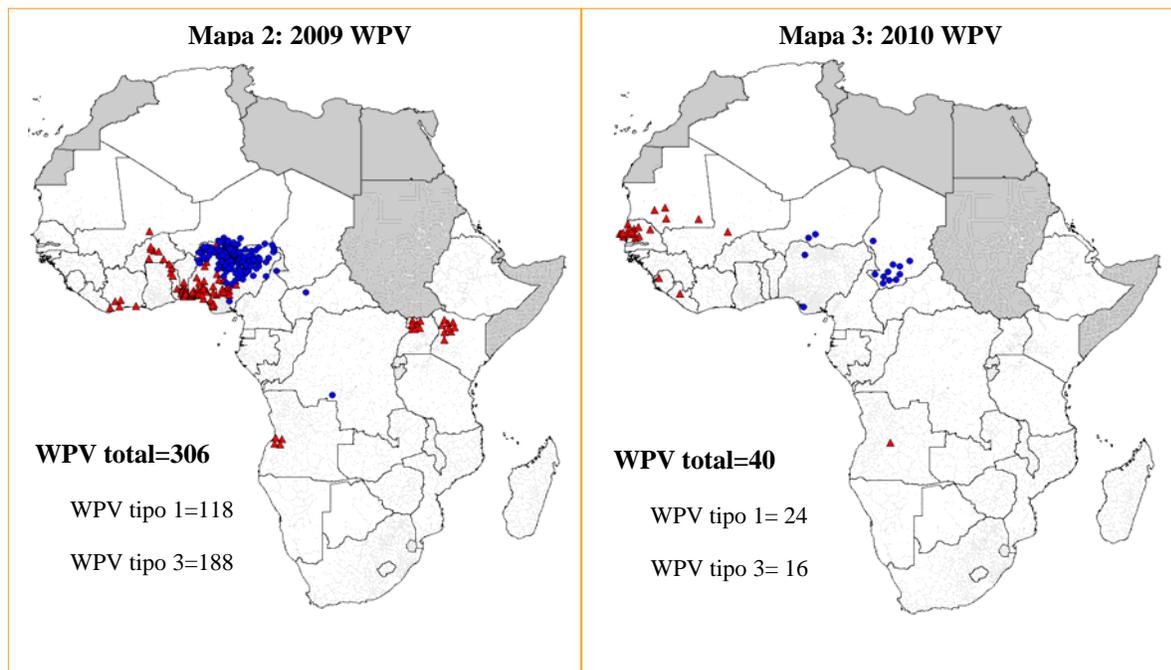
¹⁶ Bamako Call to Action Research for Health, Global Ministerial Forum on Research for Health, Bamako, 16-19 November 2008. Available at www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTION/FinalNov24.pdf.

Mapa 1: Casos de poliovírus selvagem (WPV) notificados na Região Africana, Janeiro – Dezembro 2009



ANEXO 2

Casos de poliovírus selvagem (WPV) notificados na Região Africana, Janeiro a final de Abril de 2009 e 2010



ANEXO 3

Quadro 1: Cobertura administrativa notificada da DPT3 e da Vacina-1 do Sarampo – 2008-2009 (quadro revisto)

País	2008		2009	
	DPT3	Vacina-1 do Sarampo	DPT3	Vacina-1 do Sarampo
	Cobertura Administrativa*	Cobertura Administrativa*	Cobertura Administrativa*	Cobertura Administrativa*
Argélia	93%	88%	94%	91%
Angola	81%	79%	73%	77%
Benim	93%	89%	98%	95%
Botsuana	93%	91%	96%	93%
Burkina Faso	100%	101%	103%	99%
Burundi	92%	84%	104%	99%
Camarões	84%	80%	80%	75%
Cabo Verde	82%	77%	74%	72%
Rep. Centrafricana	51%	53%	76%	94%
Chade	49%	54%	75%	87%
Comores	81%	77%	83%	79%
Congo	89%	79%	91%	76%
Côte d'Ivoire	74%	63%	81%	67%
R.D. Congo	83%	77%	92%	86%
Guiné Equatorial	74%	76%	74%	77%
Eritreia	68%	80%	85%	80%
Etiópia	81%	74%	79%	75%
Gabão	82%	67%	76%	63%
Gana	93%	86%	94%	94%
Guiné	84%	90%	85%	87%
Guiné-Bissau	27%	64%	82%	79%
Quênia	71%	90%	75%	74%
Lesoto	91%	80%	72%	70%
Libéria	92%	95%	93%	96%
Madagáscar	88%	91%	89%	85%
Malawi	91%	88%	93%	92%
Mali	100%	97%	74%	86%
Mauritânia	74%	65%	89%	62%
Maurícias	95%	98%	67%	93%
Moçambique	80%	85%	93%	90%
Namíbia	81%	72%	93%	74%
Níger	89%	80%	80%	87%
Nigéria	78%	68%	93%	90%
Ruanda	97%	92%	79%	93%
Senegal	88%	77%	90%	79%
Seychelles	100%	100%	86%	94%
Serra Leoa	87%	88%	99%	96%
África do Sul	98%	85%	94%	90%
São Tomé e Príncipe	99%	93%	90%	90%
Suazilândia	81%	69%	98%	72%
Tanzânia	84%	88%	72%	91%
Gâmbia	96%	87%	85%	96%
Togo	89%	77%	98%	84%
Uganda	64%	77%	89%	80%
Zâmbia	95%	89%	83%	92%
Zimbabué	75%	70%	98%	76%
Cobertura regional	82%	81%	73%	85%

* Fonte: MO-UNICEF-WHO Joint Report Form (JRF) 2008 and 2009

Sexagésima sessão
Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro de 2010

Ponto 7.8 da ordem do dia provisória

PROJECTO DE RESOLUÇÃO

ESTADO ACTUAL DA VACINAÇÃO DE ROTINA E DA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE NA REGIÃO AFRICANA: PROBLEMAS, DESAFIOS E ACÇÕES PROPOSTAS (documento AFR/RC60/14)

Tendo analisado cuidadosamente o relatório de progressos do Director Regional sobre a situação actual da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região Africana;

Reconhecendo os progressos substanciais conseguidos na melhoria da cobertura vacinal de rotina na Região Africana, no período de 2006-2009, mas verificando que um número significativamente elevado de crianças ainda não são abrangidas em cada ano e necessitam de ser vacinadas, caso se pretendam alcançar os objectivos globais e regionais definidos;

Receando que os progressos na cobertura regional dissimulem disparidades na cobertura vacinal, a nível nacional e subnacional;

Profundamente preocupado com o facto de os níveis actuais de financiamento nacional para a vacinação não conseguirem sustentar os progressos já conseguidos com as vacinas tradicionais, nem a introdução e intensificação do uso de novas vacinas, muito mais dispendiosas que as vacinas tradicionais;

Consciente de que os recentes progressos nas actividades de erradicação da poliomielite e de controlo do sarampo são frágeis e estão a ser afectadas, em vários países, por uma cobertura suboptimizada de vacinação de rotina a nível distrital;

Consciente de que a maximização do acesso e da utilização dos serviços de vacinação será conseguida através da expansão da implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED) e de outras estratégias inovadoras;

Salientando a necessidade de todos os países se esforçarem por atingir o objectivo de desenvolvimento, internacionalmente acordado, de reduzir em dois terços, até 2015, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos, contido na Declaração do Milénio das Nações Unidas;

Reafirmando o nosso compromisso de implementar várias resoluções sobre o Programa Alargado de Vacinação (PAV) adoptado em anos recentes, incluindo as Resoluções AFR/RC42/R4, AFR/RC43/R8, AFR/RC44/R7, AFR/RC45/R5, AFR/RC52/R2 e AFR/RC56/R1 sobre intervenções prioritárias para a aceleração do programa, com o fim de se atingirem os objectivos do PAV;

O Comité Regional,

1. ADOPTA o relatório do Director Regional (documento AFR/RC60/PSC/14) e aprova as acções propostas destinadas a reforçar a vacinação de rotina e a erradicação da poliomielite na Região Africana;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) integrarem a vacinação na política nacional de saúde e no reforço dos sistemas de saúde, com intervenções de vacinação quantificadas e orçamentadas;
 - b) aumentarem o financiamento da vacinação, assegurando que o orçamento nacional afectado será efectivamente libertado, em montantes, adequados para as iniciativas de vacinação de rotina e de erradicação da poliomielite e controlo do sarampo;
 - c) reforçarem as capacidades institucionais, de recursos humanos e de gestão, especialmente aos níveis subnacionais;
 - d) melhorarem a qualidade das actividades de vacinação suplementar e de rotina, através de um microplaneamento pormenorizado; fornecimento adequado de recursos humanos, financeiros e materiais; e a utilização dos ensinamentos colhidos da monitorização independente;
 - e) intensificarem/expandirem as actividades de mobilização social, para alargar a sensibilização das comunidades, assim como a sua participação e apropriação;

- f) reforçarem a vigilância das doenças evitáveis pela vacinação a todos os níveis, assegurando uma vigilância activa e, pelo menos, uma supervisão de apoio mensal, a nível operacional, assim como a melhoria dos processos de monitorização e avaliação;
- g) reforçar a investigação sobre vacinas, como forma de melhorar o entendimento e de aperfeiçoar estratégias para uma melhor prestação de serviços de vacinação;
- g) institucionalizar a Semana Anual Africana da Vacinação, para uma advocacia sustentada e uma melhor prestação de serviços de vacinação;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) continue a monitorizar a implementação de actividades rápidas de controlo das doenças, com especial ênfase para a erradicação da polio, a eliminação do tétano neonatal, o combate ao sarampo e à febre amarela e o reforço dos sistemas de vacinação de rotina;
- b) reforce a continuidade da colaboração com as agências internacionais e multilaterais, organizações de doadores e parceiros do PAV, para se unirem rumo aos objectivos de erradicação da polio e de uma cobertura alargada da vacinação na Região Africana;
- c) dê apoio técnico aos Estados-Membros e estabeleça a ligação com as comunidades económicas regionais, para a implementação da Semana Africana da Vacinação;
- d) apresente relatório, na próxima sessão do Comité Regional e seguintes, sobre os progressos regulares da implementação da resolução.