



COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima sétima sessão

Victoria Falls, República do Zimbábue, 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2017

Ponto 11 da ordem do dia provisória

**QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA MUNDIAL PARA ELIMINAR AS
EPIDEMIAS DE FEBRE-AMARELA (EYE), 2017-2026, NA REGIÃO AFRICANA**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. Apesar de estar disponível uma vacina que fornece imunidade para a vida, a maioria dos países da Região Africana da OMS encontram-se sob a ameaça da febre-amarela porque a cobertura nacional de vacinação para esta doença ainda não é a ideal.
2. Para dar resposta aos frequentes surtos epidémicos na África Ocidental, a Iniciativa da Febre-Amarela (IFA) tem apoiado, desde 2005, os esforços para reduzir o fardo desta doença. Embora as capacidades de vigilância e resposta tenham melhorado progressivamente, mais de 440 milhões de pessoas permanecem em risco de contrair febre-amarela na Região Africana. Os recentes surtos de febre-amarela em Angola e na RDC demonstram inequivocamente que esta doença ainda constitui um grave risco para a saúde dentro e fora da Região.
3. Actualmente, os desafios com que a Região se vê confrontada são a insuficiente vacinação de rotina para a febre-amarela, as frequentes rupturas de *stock* da vacina e a implementação inadequada do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005). Além disso, outros factores de risco, como as alterações climáticas e a rápida urbanização conduzem a surtos frequentes de febre-amarela.
4. Perante o exposto, em 2016 foi elaborada uma estratégia mundial para eliminar as epidemias de febre-amarela (EYE) para o período 2017-2026. Este quadro regional de implementação foi elaborado para dar apoio à introdução da estratégia mundial. Os três objectivos estratégicos são: i) proteger as populações de todos os 35 países em risco, através da vacinação preventiva e de rotina; ii) evitar a propagação internacional da febre-amarela através da vacinação dos viajantes e de medidas robustas de controlo nos principais pontos de entrada; e iii) detectar, confirmar e conter rapidamente os surtos de febre-amarela.
5. Este quadro também estipula claramente as metas e os marcos a alcançar. Com uma dose única de vacina contra a febre-amarela por pessoa, a eliminação da epidemia de febre-amarela é, de facto, um ganho rápido em termos de saúde pública. Convida-se o Comité Regional a examinar e a aprovar as medidas propostas no presente quadro.

ÍNDICE

	Parágrafos
INTRODUÇÃO	1-4
SITUAÇÃO ACTUAL	5-9
PROBLEMAS E DESAFIOS	10-14
O QUADRO REGIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO	15-20
INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	21-32

ANEXOS

	Página
1. Intervenções prioritárias para eliminar a epidemia de febre-amarela na Região Africana	8
2. Proposta de sequenciação de campanhas de vacinação preventiva em massa ao longo do tempo em África (número de doses - em milhares)	10
3. Aprovisionamento mundial em vacinas contra a febre-amarela, perspectivas para 2017-2026.....	11
4. Principais indicadores regionais	12

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AEFI	Eventos Adversos Após a Vacinação
CDC	Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA
CQ	Controlo de Qualidade
EQA	Avaliação Externa da Qualidade
FNV	Vacina Neurotrópica Francesa
ICG	Grupo de Coordenação Internacional para o Abastecimento de Vacinas
IFA	Iniciativa da Febre-Amarela
IPD	Instituto Pasteur de Dacar
MCV1	Vacina contra o sarampo (primeira dose)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PMVC	Campanha de Vacinação Preventiva em Massa
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WUENIC	Estimativas da OMS e UNICEF da Cobertura Vacinal ao Nível Nacional

INTRODUÇÃO

1. A febre-amarela continua a ser um desafio para a saúde pública em África, a despeito de existir uma vacina que confere imunidade para toda a vida¹. Embora as campanhas de vacinação em massa tenham reduzido grandemente a sua incidência, continuam a ocorrer surtos por intermédio de um ciclo selvático envolvendo macacos como reservatório natural, e mais países estão em risco de recrudescência do mosquito *Aedes aegypti*, o principal vector responsável pela febre-amarela.
2. Em 2005, os surtos frequentes verificados na África Ocidental conduziram ao lançamento da Iniciativa da Febre-Amarela (IFA), com o apoio da GAVI, a Aliança para as Vacinas, que resultou na protecção da maioria das pessoas desta sub-região². A IFA possibilitou a vacinação de 114 milhões de pessoas e, desde 2010, eliminou as epidemias de febre-amarela nas zonas urbanas da África Ocidental³.
3. Em 2016, o surto sem precedentes de febre-amarela ocorrido em Angola e que alastrou para a República Democrática do Congo incitou a OMS a elaborar uma estratégia mundial para “eliminar as epidemias de febre-amarela” (EYE) até 2026⁴. A estratégia EYE promove a vacinação e apela à construção de centros urbanos resilientes, assim como ao reforço da aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)⁵.
4. Este quadro de implementação foi formulado para orientar os Estados-Membros na introdução da Estratégia EYE na Região Africana. Descreve as intervenções e as medidas prioritárias a tomar pela OMS e pelos parceiros, e ainda pelos Estados-Membros em risco de sofrerem epidemias de febre-amarela (cf. Anexo 1).

SITUAÇÃO ACTUAL

5. Na Região Africana, 23⁶ dos 33⁷ países em risco introduziram a vacina contra a febre-amarela nos seus programas de vacinação de rotina. No entanto, apenas a Gâmbia, a Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe atingiram os 90% de cobertura da população em 2015³. A cobertura vacinal nacional da febre-amarela varia entre os 20% e os 97%, com uma cobertura média de 80%, na sequência de campanhas de vacinação preventiva em massa (PMVC). Entre 2007 e 2015, a combinação das PMVC e da vacinação de rotina reduziu em mais de metade o fardo da febre-amarela, permitiu evitar a ocorrência de mais de meio milhão de casos e conferiu protecção a mais de 150 milhões de pessoas³. A imunidade populacional calculada a partir das

¹ WHO, *Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*, April 2013 – conclusions and recommendations, *World Health Organization Weekly Epidemiological Record*, 88(20): 201-2016, 2013.

² Yactayo S et al. *Yellow fever in Africa and the Americas*, 2014, *World Health Organization Weekly Epidemiological Record*, 90 (26): 323-332, 2015.

³ WHO, *The Yellow Fever Initiative: Towards the elimination of yellow fever outbreaks*, Organização Mundial da Saúde, 2015.

⁴ WHO, *Global Strategy to eliminate Yellow Fever Epidemics, 2017-2026*, Genebra, Organização Mundial da Saúde, Dezembro de 2016.

⁵ World Health Organization (2015). *The International Health Regulations (2005)*. Second Edition, acessado a 17 de Abril de 2016 at: <http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>.

⁶ Angola, Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Congo, Côte d’Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa e Togo.

⁷ Todos excepto África do Sul, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Comores, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Seychelles, Suazilândia e Zimbábue.

PMVC, da vacinação de rotina, das campanhas de resposta a surtos e das campanhas para chegar a pessoas por vacinar varia de 0% a 90% (valor médio de 50%).

6. Por intermédio da IFA, foram reforçadas as capacidades dos Estados-Membros para a detecção precoce e a resposta rápida a surtos². A vigilância da febre-amarela com base nos casos foi estabelecida em 16 países⁸ e a capacidade dos laboratórios nacionais para rastreio serológico e confirmação laboratorial foi reforçada através da formação dispensada pelo laboratório regional de referência da OMS no Instituto Pasteur de Dacar. Para além disso, a OMS e o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA continuam a prestar apoio técnico às redes de laboratórios, graças ao apoio financeiro da GAVI, a Aliança para as Vacinas.

7. Na sequência do sucesso inicial do cenário de investimento para a febre-amarela, a GAVI aprovou, em 2013, um apoio adicional para os países africanos apresentando risco médio de ocorrência de surtos de febre-amarela, para complementar as PMVC e a vacinação de rotina. Não obstante, na Região Africana mais de 440 milhões de pessoas continuam em risco de contrair a febre-amarela.

8. Para se alcançar um controlo efectivo da febre-amarela, a procura de vacinas deve corresponder à oferta. A esse respeito, as reservas de emergência da vacina contra a febre-amarela aumentaram de 2 para 6 milhões de doses por ano, tendo a produção da vacina passado de 30 milhões de doses, no ano 2000, para mais de 83 milhões de doses, em 2012⁹. Significativamente, mais de 63 milhões de pessoas ficaram protegidas recorrendo à reserva mundial de emergência da vacina contra a febre-amarela, graças a campanhas de vacinação reactivas de emergência para mais de 65 surtos da doença que ocorreram entre 2001 e 2016.

9. Em 2016, Angola enfrentou o maior surto de febre-amarela da história recente. Este surto foi prolongado, com uma ampla dispersão geográfica a partir do epicentro inicial em Luanda. O surto alastrou a 123 distritos em 16 das 18 províncias, com 884 casos confirmados em laboratório, incluindo 121 óbitos (taxa de letalidade de 13,7%)¹⁰. O surto em Angola alastrou ainda à RDC, tendo ainda havido importação de casos para o Quênia e a China, demonstrando que a febre-amarela constitui um grave risco de segurança sanitária que exige novas medidas estratégicas.

PROBLEMAS E DESAFIOS

10. **Estratégias de vacinação inadequadas e demasiado rígidas.** A limitação da vacinação de rotina a crianças com menos de 11 meses de idade e a relutância dos prestadores de serviços de saúde em abrir um frasco de 10 ou de 20 doses para uma única criança continuam a ser desafios importantes. Para além disso, a prioridade para o abastecimento de vacinas recai sempre na resposta ao invés da prevenção de surtos. Como resultado, a cobertura vacinal na infância é muito baixa para manter a imunidade deste grupo etário. Devido às prioridades concorrentes em matéria de introdução de vacinas e à reduzida vontade política, desde 2008 nenhum país introduziu a vacina contra a febre-amarela no seu programa de vacinação de rotina. Nove países¹¹ da África Ocidental e Central não dispõem ainda da vacina contra a febre-amarela nos seus programas de

⁸ Angola, Benim, Burquina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Guiné, Libéria, Mali, Nigéria, República Centro Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa e Togo.

⁹ WHO, *The Yellow Fever Initiative: Towards the elimination of yellow fever outbreaks*, Organização Mundial da Saúde, 2015.

¹⁰ WHO, *Yellow Fever Outbreak Situation Report*, Angola, Organização Mundial da Saúde, Dezembro de 2016.

¹¹ Burundi, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia.

vacinação de rotina. Além disso, não foram realizadas quaisquer PMVC, o que resultou na ocorrência de surtos de febre-amarela.

11. **Abastecimento de vacinas e reservas de emergência limitadas.** Entre 2013 e 2015, quinze dos 23 países que introduziram a vacina contra a febre-amarela nos seus programas de vacinação de rotina notificaram rupturas de *stock* da mesma ao nível nacional. Consequentemente, a cobertura nacional estagnou. Antes da epidemia em Angola e na República Democrática do Congo, apenas 6 milhões de doses eram anualmente colocadas de parte em jeito de reserva de emergência para responder a surtos de febre-amarela. Em 2016, as reservas de emergência da vacina contra a febre-amarela foram reaprovisionadas duas vezes, ultrapassando 18 milhões de doses e permitindo controlar os surtos de febre-amarela em Angola, na RDC e no Uganda.

12. **Fraca coordenação e vigilância.** Os requisitos para a vacinação da febre-amarela encontram-se claramente definidos no Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), porém não têm sido plenamente implementados¹². Os anteriores esforços envidados para controlar a febre-amarela não foram convenientemente harmonizados e não conseguiram congregiar os parceiros em torno de uma visão comum e de um só mecanismo coordenado e eficaz. Funções cruciais, como a vigilância, a capacidade laboratorial e a gestão dos casos carecem frequentemente de uma abordagem integrada. Embora existam redes nacionais de laboratórios que aplicam métodos e instrumentos normalizados para a deteção e confirmação precoces da febre-amarela, a inadequação da capacidade laboratorial continua a ser um desafio por ultrapassar.

13. **Risco ambiental.** A desflorestação, as alterações climáticas, as incursões nas florestas e selvas com vista à exploração mineira, a construção e a agricultura, continuam a manter um grande número de contactos entre as pessoas, os reservatórios animais e os vectores. Todos estes factores contribuem para a proliferação e a exposição das pessoas a mosquitos infectados, perpetuando a transmissão e condicionando as mudanças na epidemiologia da febre-amarela. Embora os surtos de febre-amarela tenham sido bem documentados em muitos países durante a última década, avaliações de risco insuficientes não permitem saber qual a extensão exacta do risco de reemergência, daí a necessidade de implementar o quadro da EYE.

14. **Riscos específicos aos surtos em zonas urbanas.** A urbanização acelerada e sem planificação, o elevado crescimento populacional e a fraca imunidade do efectivo, a par da frequente circulação das populações de e para as zonas afectadas criam condições que aumentam a transmissibilidade. É complicado e oneroso responder a surtos em grandes ambientes urbanos devido à sua rápida ampliação e ao risco de propagação internacional, o que tem um impacto social, político, económico e para a saúde pública altamente negativo.

QUADRO REGIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO

Visão, finalidade, objectivos, metas e marcos

Visão

15. Uma Região livre da epidemia da febre-amarela.

¹² OMS, Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) na Região Africana da OMS, Luanda, Organização Mundial da Saúde, 2012 (AFR/RC62/12).

Finalidade

16. Eliminar a epidemia da febre-amarela na Região Africana até 2026.

Objectivos

17. Os objectivos são:

- a) Proteger as populações de todos os 35 países em risco através da vacinação preventiva e de rotina;
- b) Prevenir a propagação internacional da febre-amarela através da vacinação dos viajantes e de medidas robustas de rastreio e vacinação nos principais pontos de entrada para as pessoas que não estão vacinadas;
- c) Detectar, confirmar e conter rapidamente os surtos.

Metas

18. Até ao final de 2026:

- a) Todos os países de risco elevado terão completado as campanhas nacionais preventivas de vacinação em massa;
- b) Pelo menos 440 milhões de pessoas terão sido vacinadas na Região Africana.

Marcos

19. Os principais marcos são:

Até ao final de 2019:

- a) Todos os países em risco terão iniciado a implementação deste quadro;
- b) Três laboratórios regionais de referência terão uma capacidade de confirmação plenamente funcional;
- c) Todos os países de risco elevado terão introduzido a vacina contra a febre-amarela na vacinação de rotina (ver Anexos 1 e 2 relativos a categorização e indicadores de riscos, respectivamente);
- d) Campanhas preventivas de vacinação em massa terão sido concluídas em Angola, Gana e República do Congo e terão sido iniciadas na Nigéria, RDC e Uganda.

Até ao final de 2022:

- a) Seis laboratórios sub-regionais de referência estarão totalmente operacionais tanto para a serologia como para o diagnóstico molecular da febre-amarela;
- b) Seis dos 13 países de risco elevado terão terminado as campanhas preventivas de vacinação em massa e três novos (Guiné-Bissau, Etiópia e Sudão do Sul) terão iniciado campanhas preventivas em massa (cf. **Anexo 2 para a sequenciação**);
- c) Todos os países de risco elevado terão criado uma capacidade de diagnóstico para confirmar a febre-amarela.

Princípios orientadores

20. Os princípios orientadores que sustentam o quadro são:

- a) **Apropriação e liderança por parte dos países:** os governos irão assumir a responsabilidade e a coordenação e assegurar que todas as intervenções por parte dos parceiros estejam de acordo com as directrizes nacionais relevantes;
- b) **Participação da comunidade:** o compromisso das comunidades, da sociedade civil e do sector privado é fundamental para o sucesso deste quadro;
- c) **Género e direitos humanos:** a implementação deste quadro irá assegurar a integração das perspectivas da equidade do género e dos direitos humanos;
- d) **Equidade:** todas as medidas devem assegurar o acesso de todos aos serviços, incluindo populações vulneráveis, populações migrantes, populações de zonas mal servidas e de Estados a recuperar de situações de conflito civil;
- e) **Parcerias:** um vasto conjunto de partes interessadas dentro e fora do sector da saúde, incluindo instituições de investigação e académicas, deverá ser envolvido em todas as medidas;
- f) **Colaboração intersectorial:** é fundamental assegurar a colaboração intersectorial a nível local e regional entre os sectores da saúde humana, saúde animal, ambiente e vida selvagem, utilizando a “Abordagem Uma Só Saúde”;
- g) **Condução em função dos dados e perspectivas futuras:** todas as medidas devem ter em consideração as tendências, os riscos e as inovações sanitárias emergentes;
- h) **Cooperação internacional, regional, sub-regional e transfronteiriça:** o que assegurará intervenções coordenadas dentro dos Estados-Membros e entre eles;
- i) **Rápida partilha de informações:** de acordo com o RSI (2005), os Estados-Membros, a OMS e os parceiros irão assegurar que exista transparência e uma rápida partilha de informações sobre as avaliações de riscos da febre-amarela e também notificações atempadas de surtos de febre-amarela.

INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS

21. **Realização de avaliações de risco e campanhas de recuperação vacinal.** Os Estados-Membros devem realizar regularmente avaliações de risco, utilizando a metodologia recomendada pela OMS¹³, e devem rever a classificação da febre-amarela, de acordo com os requisitos do RSI (2005). Em locais onde muitas pessoas são susceptíveis à doença devido à fraca cobertura de vacinação de rotina, são recomendadas “campanhas de recuperação vacinal” específicas para alcançar coortes insuficientemente vacinadas. Poderiam, por exemplo, destinar-se a colmatar lacunas de vacinação específicas a certas idades ou a áreas geográficas cuja imunidade populacional é baixa.

22. **Aplicação do RSI (2005).** A implementação rigorosa do RSI (2005) para viajantes de e para países em risco de febre-amarela é fundamental para prevenir, detectar e responder a potenciais ameaças epidémicas. As autoridades portuárias e fronteiriças devem estar activamente envolvidas para identificar lacunas e assegurar que é conhecido o estado de vacinação de todos os viajantes que entram e saem de zonas endémicas, de modo a que sejam tomadas imediatamente as medidas apropriadas. Todos os países devem envolver as agências de transporte e as autoridades

¹³ WHO, Risk assessment on yellow fever virus circulation in endemic countries: Working document from an informal consultation of experts, A Protocol for risk assessment at the field level, Geneva, Organização Mundial da Saúde, 2014.

de controlo de fronteiras para reforçar o rastreio do estado de vacinação da febre-amarela, com capacidade para uma vacinação no local para os incumpridores.

23. **Vacinar todas as pessoas nas zonas ou países com risco elevado de febre-amarela.** Nos 13 Estados-Membros identificados de risco muito elevado, não foi realizada nenhuma campanha preventiva de vacinação em massa desde o início da Iniciativa da Febre-Amarela. As campanhas preventivas de vacinação em massa direccionadas a todas as faixas etárias devem ser realizadas nestes Estados-Membros para aumentar rapidamente a imunidade o efectivo populacional. Os Estados-Membros que ainda têm de completar as campanhas preventivas de vacinação em massa, como o Gana e a Nigéria, estão também incluídos nesta categoria.

24. **Melhorar a vacinação e a rotina e vacinar todas as crianças.** A melhor forma de manter uma elevada imunidade do efectivo nos países de risco elevado é assegurar que todas as novas coortes sejam vacinadas na infância. Uma cobertura elevada em coortes sucessivas irá assegurar gradualmente que a imunidade da população não volta a cair após as campanhas de vacinação em massa. Todos os 13 Estados-Membros de risco elevado devem introduzir a vacina contra a febre-amarela nos calendários de vacinação de rotina de modo a alcançar e manter a cobertura da população acima dos 80%. Para alcançar esta meta, as reservas de vacinas contra a febre-amarela (cf. Anexo 3) e de suprimentos complementares devem ser adequados e o compromisso político e financeiro deve ser aumentado para assegurar que todas as crianças, populações deslocadas e refugiados sejam vacinados. Para além disso, a comunidade deve estar envolvida a todos os níveis. É importante que as sinergias com outros programas sejam maximizadas, nomeadamente a prevenção do sarampo. Por fim, deve-se intensificar o conhecimento e a sensibilização dos profissionais de saúde relativamente à importância da vacinação contra a febre-amarela na infância. É necessário um controlo rigoroso das intervenções para assegurar uma boa cobertura (cf. Anexo 4).

25. **Proteger os profissionais de alto risco.** As pessoas que trabalham numa grande variedade de indústrias extractivas, como petróleo, exploração mineira, construção e exploração florestal têm um risco elevado de contraírem e propagarem a febre-amarela a nível local e internacional. Estes profissionais estão especialmente expostos à transmissão selvagem quando trabalham ou residem em florestas ou zonas recentemente desflorestadas. Exorta-se os Estados-Membros a criarem comissões políticas e técnicas de gestão, compostas por empresas, indústrias e partes interessadas relevantes de sectores relevantes, de modo a desenvolver estratégias para proteger os profissionais locais e internacionais que estejam em risco. O sector privado deve ser activamente envolvido para assegurar que o seu pessoal e famílias sejam protegidos.

26. **Construir centros urbanos resilientes e definir planos de prontidão.** Reduzir o risco de epidemias em centros urbanos requer maior prontidão. Exorta-se os Estados-Membros a criarem planos para uma vacinação atempada e rápida durante surtos urbanos, integrando-os nos planos gerais de prontidão urbana, a realizarem uma avaliação contínua dos riscos e a elaborarem planos para centros de transporte.

27. **Manter a vigilância de vectores e programas de controlo nas cidades.** Os índices de *Aedes aegypti* devem ser medidos regularmente nas cidades em risco ou onde haja potencial de febre-amarela. Essa monitorização deve ser integrada no planeamento urbano de emergência e deve desencadear actividades em função do nível estimado de risco. Estas medidas devem fazer parte de um plano mais amplo de vigilância e prontidão de arbovírus nos países que apresentam risco de vírus da dengue, Zika e chicungunha. Integrar a gestão de vectores requer esforços sustentados para manter uma baixa densidade de mosquitos, especialmente os vectores do *Aedes*, que estão bem adaptados aos humanos. As comunidades devem ser envolvidas na gestão do ambiente para reduzir os locais de reprodução.

28. **Reforçar a vigilância e o diagnóstico para a detecção precoce.** Em todos os Estados-Membros, a estratégia da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças constituirá a base da vigilância da febre-amarela. A vigilância assente na comunidade deve ser melhorada para que existam alertas precoces. A adaptação e o reforço da vigilância baseada nos casos deve focar-se em: i) rever as orientações nacionais de vigilância, com base nas recomendações da OMS e dos parceiros; ii) formar profissionais de saúde para melhorar o diagnóstico e a recolha de informações sobre a vacinação da febre-amarela; e iii) criar uma base de dados nacional de casos epidemiológicos e de casos confirmados em laboratório da febre-amarela. Todos os Estados-Membros devem melhorar a sua capacidade laboratorial nacional que disponham de reagentes em quantidades adequadas e devem criar uma rede de encaminhamento de amostras. Será essencial fazer acordos com empresas de transporte e criar protocolos de cooperação entre os Estados-Membros para o transporte seguro e o envio de amostras. O reforço da garantia de qualidade externa e o controlo de qualidade (EQA/QC) dos laboratórios deve estar totalmente funcional e monitorizado para diagnósticos moleculares e serológicos. Os Estados-Membros irão trabalhar com a OMS e os parceiros para desenvolver, testar e validar novos métodos de confirmação de diagnósticos.

29. **Redes regionais e sub-regionais.** A nível regional, a OMS e os parceiros devem criar uma rede de vigilância regional, juntando todos os países de risco elevado para facilitar a padronização das definições de casos e dos procedimentos de diagnóstico. Para além disso, o número de laboratórios de referência regional e sub-regional deve ser aumentado com carácter de urgência. A OMS e os parceiros devem apoiar estes laboratórios regionais para assegurar que possuem capacidade molecular e serológica em conformidade com os padrões internacionais.

30. **Assegurar reservas de emergência de vacina da febre-amarela.** As reservas de emergência garantem um acesso atempado e equitativo às vacinas durante situações de emergência. A OMS e os parceiros devem trabalhar com o Grupo de Coordenação Internacional (ICG) para o Abastecimento de Vacinas da febre-amarela, de modo a implementar um novo modelo de reserva, para manter um número renovável de 6 milhões de doses de emergência a qualquer altura durante o ano. A reserva deve ser reaprovisionada após a utilização, de modo a ser possível responder a um surto assim que as vacinas fiquem disponíveis.

31. **Incentivar uma rápida resposta a surtos.** Uma resposta eficaz a um surto de febre-amarela requer uma rápida detecção de casos, vacinação reactiva, boa gestão de casos e controlo de vectores e a mobilização da comunidade. Investigações rápidas com ênfase na avaliação do risco de propagação (centros de transporte, movimentos da população, pontos de entrada e densidade dos vectores) devem ser simplificadas. Devem ser envidados esforços para fornecer informações essenciais e mobilizar as comunidades através da mobilização social e comunicação de riscos. Exorta-se os Estados-Membros a realizarem campanhas preventivas de vacinação durante qualquer surto activo de febre-amarela em áreas que não estão afectadas mas que enfrentam risco e vulnerabilidade acrescidos devido a uma fraca vigilância ou onde a imunidade da população é baixa.

Medidas propostas

32. Convida-se o Comité Regional a examinar e aprovar as intervenções e medidas prioritárias propostas neste Quadro.

ANEXO 1: Intervenções prioritárias para eliminar a epidemia de febre-amarela na Região Africana

País	Vacina contra a febre-amarela		Melhoria da vigilância, capacidade laboratorial e de resposta	Reforço do rastreio e da vacinação nos pontos de entrada
	Rotina	Campanha de vacinação em massa		
Argélia	N	N	S	S
Angola	S	S	S	S
Benim	S	N	S	S
Botswana	N	N	S	S
Burkina Faso	S	N	S	S
Burundi	N	N	S	S
Camarões	S	N	S	S
Cabo Verde	N	N	S	S
CAR	S	N	S	S
Chade	S	S	S	S
Comoros	N	N	S	S
Congo	S	S	S	S
Côte d'Ivoire	S	N	S	S
R D Congo	S	S	S	S
Guiné Equatorial	S	S	S	S
Eritreia	S	N	S	S
Etiópia	S	S	S	S
Gabão	S	S	S	S
Gâmbia	S	N	S	S
Gana	S	S	S	S
Guiné	S	N	S	S
Guiné-Bissau	S	S	S	S
Quénia	S	N	S	S
Lesoto	N	N	S	S
Libéria	S	N	S	S
Madagáscar	N	N	S	S
Malawi	N	N	S	S
Mali	S	N	S	S
Mauritânia	N	N	S	S
Maurícia	N	N	S	S
Moçambique	N	N	S	S
Namíbia	N	N	S	S
Níger	S	S	S	S
Nigéria	S	S	S	S
Ruanda	N	N	S	S
São Tomé e Príncipe	N	N	S	S
Senegal	S	N	S	S
Seychelles	N	N	S	S
Serra Leoa	S	N	S	S
África do Sul	N	N	S	S
Sudão do Sul	S	S	S	S
Suazilândia	N	N	S	S
Tanzânia	N	N	S	S
Togo	S	N	S	S
Uganda	S	S	S	S
Zâmbia	N	N	S	S
Zimbabwe	N	N	S	S
	Sim = 27	Sim = 13	Em todos os 47 países	Em todos os 47 países

S = sim; N = não.

Todos os países precisam de continuar a efectuar regularmente avaliações de risco bem como a realizar campanhas de recuperação vacinal sempre que necessário.

ANEXO 2: Sequenciação proposta de campanhas preventivas de vacinação em massa ao longo do tempo em África (Número de doses - em milhares)¹⁴

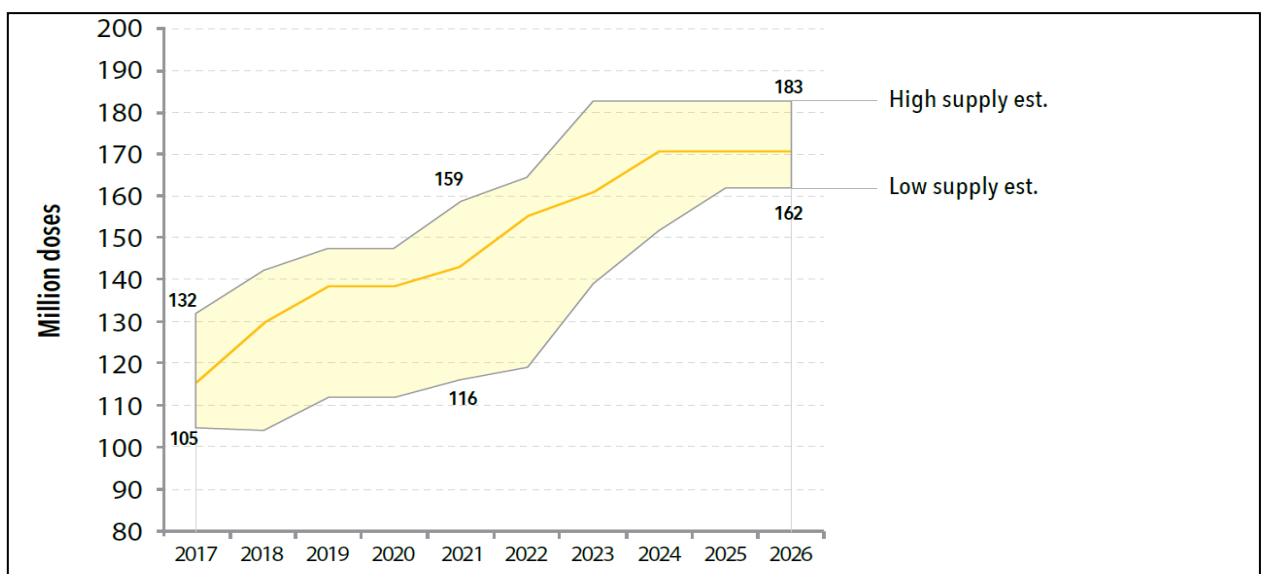
País	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
1. Angola	2843	1467	0	0	0	0	0	0	4310
2. Gana	3057	6246	6380	0	0	0	0	0	15 683
3. Nigéria	14 324	20 987	21 520	22 062	22 613	23 174	23 744	12 162	160 585
4. República Democrática do Congo	0	20 426	21 039	21 664	21 186	0	0	0	84 314
5. Congo	0	2489	0	0	0	0	0	0	2489
6. Uganda	0	4 891	20 190	20 829	0	0	0	0	45 910
7. Guiné-Bissau	0	0	2354	0	0	0	0	0	2354
8. Etiópia	0	0	0	19 164	19 585	20 007	6810	0	65 566
9. Sudão do Sul	0	0	0	0	8310	8507	0	0	16 817
10. Guiné Equatorial	0	0	0	0	0	1147	0	0	1147
11. Chade	0	0	0	0	0	0	9881	10 173	20 054
12. Níger	0	0	0	0	0	0	15 810	16 441	32 252
13. Gabão	0	0	0	0	0	0	0	677	677
TOTAL	20 224	56 506	71 483	83 719	71 724	52 835	56 245	39 453	452 189

¹⁴ WHO, *Global Strategy to eliminate Yellow Fever Epidemics, 2017-2026*, Genebra, Organização Mundial da Saúde, Dezembro de 2016.

ANEXO 3: Aproveitamento mundial em vacinas contra a febre-amarela, perspectivas para 2017-2026

Prevê-se que o aproveitamento mundial em vacinas contra a febre-amarela cresça entre 105 a 132 milhões de doses em 2017, entre 116 e 159 milhões de doses em 2021 e entre 162 e 183 milhões de doses em 2026. O aumento da capacidade esperada para o período 2017-2020 deverá ser atingida, dando prioridade e otimizando a produção de vacinas contra a febre-amarela e adjudicando operações de enchimento e congelamento-dessecação a um fabricante. Projecta-se uma nova capacidade de produção sobretudo para depois de 2021, quando as novas instalações de dois fabricantes iniciarem as operações de produção.

Estimativa do aproveitamento mundial em vacinas contra a febre-amarela (previsões ajustadas em função de riscos alto a baixo), 2017-2026



ANEXO 4: Principais Indicadores Regionais

Os seguintes indicadores serão medidos regularmente para reflectir a implementação e o impacto da estratégia EYE.

Campanhas preventivas de vacinação em massa

- a) Número de países que realizaram campanhas preventivas de vacinação em massa;
- b) Número de pessoas vacinadas;
- c) Cobertura a nível do distrito;
- d) Taxa de desperdício;
- e) Taxa de eventos adversos após vacinação (AEFI) e efeitos adversos graves.

Vacinação de rotina

- a) Número de pessoas vacinadas;
- b) Percentagem de distritos com um nível de cobertura <80%;
- c) Diferença entre a cobertura da febre-amarela, DTP3 e sarampo e WUENIC;
- d) Quantidade de rupturas de *stock* de vacinas.

Capacidade laboratorial

Número de laboratórios regionais e nacionais de referência com capacidade de diagnóstico apropriada para a febre-amarela.

Aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)

- a) Situação da vacinação à entrada do país verificada;
- b) Situação da vacinação à saída do país verificada.

Impacto

Quantidade de surtos urbanos.