

COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Septuagésima primeira sessão
Sessão virtual, 24 a 26 de Agosto de 2021

Ponto 11 da ordem do dia

**QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA MUNDIAL PARA ERRADICAR
A MENINGITE ATÉ 2030 NA REGIÃO AFRICANA DA OMS**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. A meningite é uma inflamação das membranas que envolvem o cérebro e a medula espinal. A doença é transmitida entre seres humanos através de grandes gotículas respiratórias do nariz e da garganta libertadas por pessoas infectadas. A taxa de ataque da meningite é mais elevada nas crianças com menos de 15 anos. A taxa de letalidade costuma ser entre os 8% e 15% nos doentes que recebem tratamento e superior a 70% nos casos que não recebem tratamento. A meningite pode ser causada por vários agentes patogénicos diferentes, mas a meningite bacteriana representa a maior carga mundial da doença. Poderá estar associada a sequelas graves que incluem atraso mental, perda de audição e paralisia dos membros.

2. Até 2010, a *Neisseria meningitidis* do serogrupo A (*NmA*) era a principal causa das epidemias de meningite, sendo responsável por quase 90% dos casos. Com a introdução da vacina conjugada contra a *NmA*, denominada MenAfriVac[®], entre 2010 e 2020, mais de 325 milhões de pessoas com idades compreendidas entre 1 e 29 anos foram vacinadas em 24 dos 26 Estados-Membros situados na cintura africana da meningite. Isto resultou numa redução significativa da incidência de casos de *NmA* e numa alteração do perfil bacteriológico da meningite, com uma predominância de *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*), *Neisseria meningitidis* do serogrupo X (*NmX*), *Neisseria meningitidis* do serogrupo C (*NmC*), *Neisseria meningitidis* do serogrupo W (*NmW*) e *Hemophilus influenzae* tipo b (*Hib*).

3. Apesar dos progressos significativos que têm sido feitos no combate à meningite nos últimos 20 anos, continua a ser um grande desafio de saúde pública a nível mundial. A incidência da meningite é mais elevada na cintura africana da meningite, uma área que se estende do Senegal à Etiópia, com uma população total estimada em 500 milhões de habitantes que vivem em 26 Estados-Membros. Desde 2010, os Estados-Membros situados na cintura da meningite registaram uma média anual de 24 000 casos suspeitos, incluindo 1800 óbitos. A taxa de letalidade oscila entre os 5% e 14%, com 90% dos casos registados durante a época epidémica (Janeiro a Junho).

4. Numa tentativa de controlar a meningite em todo o mundo, a OMS, em colaboração com os seus parceiros, liderou um processo inclusivo e participativo para desenvolver uma estratégia mundial para erradicar a meningite até 2030. Os objectivos da estratégia mundial são: i) eliminar as epidemias de meningite bacteriana; ii) reduzir os casos e as mortes provocadas pela meningite bacteriana prevenível pela vacinação; e iii) reduzir a incapacitação e melhorar a qualidade de vida após uma meningite, independentemente da causa. Este quadro regional foi elaborado para servir

de documento orientador para a implementação da estratégia mundial para erradicar a meningite na Região Africana. A visão do quadro regional consiste em envidar esforços para uma Região Africana livre de meningite até 2030 e os seus objectivos estão alinhados com os da estratégia mundial.

5. O Comité Regional analisou e aprovou as medidas propostas.

ÍNDICE

	Parágrafos
INTRODUÇÃO	1–5
SITUAÇÃO ACTUAL	6–13
PROBLEMAS E DESAFIOS	14–23
VISÃO, FINALIDADE, OBJECTIVOS, METAS E MARCOS	24–28
PRINCÍPIOS ORIENTADORES	29
INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	30–45
MEDIDAS PROPOSTAS.....	46

SIGLAS E ACRÓNIMOS

BMGF	Fundação Bill e Melinda Gates
CSP	Cuidados de saúde primários
GBS	Estreptococo do grupo B
<i>Hib</i>	<i>Hemophilus influenzae</i> tipo b
MenAfriVac®	Vacina conjugada contra a <i>Neisseria meningitidis</i> do serogrupo A
<i>Nm</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>
<i>NmA</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> do serogrupo A
<i>NmC</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> do serogrupo C
<i>NmW</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> do serogrupo W
<i>NmX</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> do serogrupo X
OMS	Organização Mundial da Saúde
PGT 13	Décimo terceiro Programa Geral de Trabalho
PON	Procedimentos operacionais normalizados
PVM	Projecto de vacinas contra a meningite
RAM	Resistência aos antimicrobianos
<i>S. pneumoniae</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
TL	Taxa de letalidade
VRID	Vigilância e resposta integradas às doenças

INTRODUÇÃO

1. A meningite é uma inflamação das membranas que envolvem o cérebro e a medula espinal. A doença é transmitida entre seres humanos através de grandes gotículas respiratórias do nariz e da garganta libertadas por pessoas infectadas. O período de incubação varia entre 2 e 10 dias. A taxa de ataque da meningite é mais elevada nas crianças com menos de 15 anos. A taxa de letalidade oscila entre os 8% e 15% nos doentes que recebem tratamento, sendo superior a 70% nos casos que não recebem tratamento.

2. A meningite pode ser causada por vários agentes patogénicos diferentes, incluindo bactérias, vírus e fungos, mas a meningite bacteriana representa a maior carga mundial da doença. Os agentes patogénicos predominantes são a *Neisseria meningitidis* (*Nm*), o *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*), a *Haemophilus influenzae* tipo B (*Hib*) e os *estreptococos* do grupo B (GBS).¹ A meningite meningocócica está associada a uma taxa de mortalidade e uma incidência elevadas. Mais de 10% dos doentes desenvolvem sequelas graves² que incluem atraso mental, perda de audição e paralisia dos membros.

3. Apesar dos progressos significativos realizados no combate à meningite nos últimos 20 anos, esta continua a ser um dos grandes desafios de saúde pública a nível mundial.² Em 2019, estima-se que tenham sido registados no mundo 8,5 milhões de novos casos de meningite e 463 000 óbitos³, dos quais 22 414 novos casos e 1261 óbitos na cintura africana da meningite.⁴ A ocorrência da meningite é maior na cintura africana da meningite.⁵

4. Em 2017, uma iniciativa liderada pela OMS resultou num apelo a uma visão mundial para erradicar a meningite até 2030. O roteiro mundial para derrotar a meningite até 2030 foi aprovado pela septuagésima terceira Assembleia Mundial da Saúde. O quadro regional africano para erradicar a meningite até 2030, cuja visão consiste em envidar esforços “para uma Região Africana livre de meningite até 2030”, está alinhado com o décimo terceiro Programa Geral de Trabalho, 2019–2023 e com o roteiro mundial, cujos objectivos visionários são: i) eliminar as epidemias de meningite bacteriana; ii) reduzir os casos e as mortes provocadas pela meningite bacteriana prevenível pela vacinação; e iii) reduzir a incapacitação e melhorar a qualidade de vida após uma meningite, independentemente da causa.

5. Este quadro regional contribuirá para a consecução dos resultados do décimo terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS e o objectivo de desenvolvimento sustentável 3 das Nações Unidas.

SITUAÇÃO ACTUAL

6. A meningite bacteriana continua a ser um dos grandes desafios de saúde pública ao nível mundial, com mais de 1,2 milhões de casos a ocorrerem anualmente. As taxas de incidência e de letalidade da meningite bacteriana variam de acordo com a região, o país, o agente patogénico e a

¹ Rede Colaborativa para a carga mundial das doenças. Resultados do estudo sobre a carga mundial das doenças 2017 (GBD 2017). Seattle, Estados Unidos, Institute for Health Metrics and Evaluation 2018 (Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.)

² OMS. Meningite meningocócica (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>, consultado a 9 de Janeiro de 2020).

³ Rede Colaborativa para a carga mundial das doenças. Estudo sobre a carga mundial das doenças 2019 (GBD 2019). (<http://www.healthdata.org/gbd/2019>)

⁴ Organização Mundial da Saúde, 6 de Abril de 2018. Controlo da meningite epidémica nos países da cintura africana da meningite, 2017. Registo epidemiológico semanal, Vol. 93, n.14, pp. 173-184, 2018.

⁵ Os países da cintura africana da meningite são: Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Maurítânia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Sudão, Sudão do Sul, Togo e Uganda.

faixa etária.⁶ Os Estados-Membros situados na cintura africana da meningite têm registado uma média anual de 24 000 casos suspeitos, incluindo 1800 óbitos, com uma taxa de letalidade oscilando entre os 5% e os 14% desde 2010.⁷ Em 2020, os Estados-Membros situados na cintura africana da meningite registaram⁸ 19 552 novos casos e 885 óbitos, sendo os agentes patogénicos predominantes o *S. pneumoniae* (50%), a *Hib* (15%), a *NmX* (14%), a *NmC* (4%) e a *NmW* (2,8%), não tendo sido registado qualquer caso de *NmA*.

7. A vigilância, a confirmação em laboratório, a gestão de casos e a vacinação são os principais pilares da luta contra a meningite, e estão a ser melhorados nos Estados-Membros situados na cintura africana da meningite afectados pela doença. Por exemplo, a vacina conjugada contra o meningococo A, também designada MenAfriVac®, foi introduzida na cintura africana da meningite em 2010, através de campanhas de vacinação em massa e, mais tarde, nos programas de vacinação de rotina.⁹

8. Em Dezembro de 2020, a MenAfriVac® tinha sido disponibilizada em 24¹⁰ dos 26 Estados-Membros situados na cintura africana da meningite. Mais de 325 milhões de pessoas de maior risco, com idades compreendidas entre os 1 e os 29 anos, foram vacinadas desde Dezembro de 2010. Além disso, a MenAfriVac® foi introduzida nos programas de vacinação de rotina de 11 Estados-Membros situados na cintura africana da meningite¹¹ desde Julho de 2016.

9. Até 2010, a *NmA* era responsável por quase 90% das epidemias de meningite.¹² A introdução da MenAfriVac® resultou numa redução significativa da incidência de casos de *NmA* e numa alteração no perfil bacteriano da meningite, com uma predominância dos serogrupos de meningococos C, W, X e *S. pneumoniae*.¹³

10. A MenAfriVac® reduziu em mais de 99% a incidência da doença confirmada do serogrupo A.¹⁴ No entanto, desde 2013, têm sido registadas grandes epidemias causadas pela *NmC* no Burquina Faso, Chade, Mali, Níger e Nigéria. Estudos demonstram que a predominância da *NmC* não significa que a *NmA* irá desaparecer,^{15,16} daí a expectativa de que a introdução de uma vacina conjugada pentavalente (para os serogrupos A, C, W, X e Y) reduza ainda mais os casos e as mortes por meningite devidos à *Neisseria meningitidis*.

⁶ Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (2020). Meningite. (<https://www.cdc.gov/meningitis/lab-manual/chpt01-intro.html>)

⁷ OMS/IVD. Avaliação do risco de meningite. Dezembro de 2020

⁸ Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a África (Dezembro de 2020). Boletim semanal da OMS sobre a meningite. Retirado de <https://www.who.int/emergencies/diseases/meningitis/epidemiological/en/>

⁹ OMS. Registo epidemiológico semanal, 20 de Fevereiro de 2015, n.º 8, 2015, 90, 57–68. Disponível em: <http://www.who.int/wer>

¹⁰ Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Sudão, Sudão do Sul, Togo e Uganda.

¹¹ Burquina Faso, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gâmbia, Gana, Mali, Níger, Nigéria, República Centro-Africana e Sudão.

¹² A vacina conjugada contra o meningococo do serogrupo A, também conhecida por MenAfriVac®, tem vindo a ser introduzida nos países da cintura africana da meningite desde 2010 (OMS. Meningite meningocócica. (<https://www.who.int/immunization/diseases/meningitis/en/>))

¹³ Escritório Regional da OMS para a África. Avaliação do risco de epidemia de meningite nos países da cintura africana da meningite em 2020.

¹⁴ CL Trotter, C Lingani, K Fernandez, LV Cooper, A Bitá, C Tevi-Benissan, JM Stuart. The impact of MenAfriVac in nine countries of the African meningitis belt, 2010–2015: an analysis of surveillance data. *Lancet Infectious disease*, volume 17, issue 8, p867–872, August 01, 2017 DOI: ([https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30301-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30301-8))

¹⁵ Preparação para surtos de meningite meningocócica devida à *Neisseria meningitidis* do serogrupo C em África: recomendações de uma consulta de peritos da OMS. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2015 (<https://www.who.int/wer/2015/wer9047.pdf>).

¹⁶ Risco contínuo de meningite devido à *Neisseria meningitidis* do serogrupo C em África: recomendações revistas de uma consulta de peritos da OMS, Outubro de 2017. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259233/WER9241.pdf>).

11. Apesar da redução na incidência de casos e epidemias de meningite, os Estados-Membros situados na cintura da meningite registaram uma média anual de 24 000 casos suspeitos e 1800 óbitos.¹⁷ Verificou-se que 90% dos casos e todas as epidemias ocorreram durante a época epidémica (Janeiro a Junho) com um pico em Março e Abril de cada ano.¹⁸

12. Foram envidados esforços significativos para reforçar a vigilância da meningite. De 2002 até ao final de 2020, vinte e quatro dos 26 Estados-Membros situados na cintura africana da meningite integraram a Rede de Vigilância Melhorada, ao passo que, desde 2010 até ao final de 2020, catorze Estados-Membros situados na cintura implementaram a vigilância da meningite baseada nos casos.¹⁹ Em 2018, foram elaborados procedimentos operacionais normalizados para a vigilância da meningite e a preparação e resposta aos surtos de meningite. Estes procedimentos foram posteriormente disseminados e estão actualmente a ser implementados.

13. A OMS prestou apoio técnico às actividades laboratoriais dos Estados-Membros situados na cintura africana da meningite. No entanto, é preciso fazer face aos desafios ligados ao transporte de amostras dos níveis subnacionais para os laboratórios nacionais de referência. Por outro lado, é necessário melhorar a caracterização molecular através do reforço da articulação com as redes mundiais e regionais de laboratórios. Além disso, é preciso aperfeiçoar os programas nacionais de avaliação externa da qualidade para a monitorização do desempenho dos laboratórios de bacteriologia.

PROBLEMAS E DESAFIOS

14. **Falta de modelos de avaliação dos riscos:** não existe uma ferramenta de simulação da avaliação dos riscos de meningite através da qual seria possível prever eficazmente a ocorrência, a dimensão e os agentes patogénicos que possam causar surtos no futuro.

15. **Sistemas inadequados de transporte de amostras:** na maioria dos Estados-Membros situados na cintura africana da meningite, a capacidade de testagem da meningite ao nível subnacional é quase inexistente. Por isso, torna-se necessário transportar as amostras do nível subnacional para os níveis regional ou nacional. Isto afecta a qualidade das amostras testadas.

16. **Financiamento insuficiente:** a maioria dos Estados-Membros situados na cintura africana da meningite não consegue mobilizar recursos locais para implementar planos de acção contra a meningite. Muito poucos Estados-Membros²⁰ situados na cintura africana da meningite cumprem a resolução AFR/RC58/R2, adoptada em 2008, que exorta os Estados-Membros a reforçarem os laboratórios de saúde pública a todos os níveis do sistema de saúde.

17. **Acesso limitado às comunidades afectadas:** os desafios em matéria de segurança e os conflitos civis no Sael, na África Ocidental e na África Oriental e Central dificultam a vigilância e as actividades de resposta à meningite em zonas de difícil acesso.

18. **Capacidade laboratorial insuficiente:** alguns laboratórios não têm capacidade para identificar novas estirpes de agentes patogénicos. Além disso, os Estados-Membros situados na cintura africana da meningite devem enviar aos centros colaboradores da OMS, para efeitos de controlo externo da qualidade, pelo menos 10% das amostras testadas em laboratórios locais. No

¹⁷ OMS/IVD. Avaliação do risco de meningite. Dezembro de 2019

¹⁸ Lingani et al. Meningococcal Meningitis Surveillance in the African Meningitis Belt, 2004-2013. Clin Infect Dis 2015;61(Suppl 5): S410-15.

¹⁹ Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Sudão e Togo.

²⁰ Benim, Burquina Faso, Níger e Togo.

entanto, apenas cinco Estados-Membros situados na cintura africana da meningite²¹ cumprem este requisito instituído para monitorizar o desempenho dos laboratórios.

19. **Dificuldades em desalfandegar consumíveis de laboratório:** os *kits* de recolha de amostras de fluido cefalorraquidiano, os meios de transporte, os reagentes e os materiais e outros consumíveis de laboratório são essenciais. A maioria destes recursos indispensáveis é importada do estrangeiro. Os atrasos recorrentes e consideráveis no desalfandegamento destes artigos protelam as intervenções, o que entrava por sua vez os esforços realizados para melhorar a confirmação em laboratório.

20. **Falta de cuidados prestados aos sobreviventes de meningite:** não existe um sistema para identificar as sequelas causadas pela meningite. Além disso, há falta de apoio para os doentes que desenvolvem essas sequelas.

21. **Mecanismo de partilha de dados ineficiente:** apesar das melhorias na vigilância da meningite, a partilha oportuna de dados dos Estados-Membros situados na cintura africana da meningite com a OMS permanece um desafio. A actual partilha em tempo útil de dados é inferior a 80% em alguns Estados-Membros situados na cintura africana da meningite. Existe também um baixo nível de completude observado dos dados de confirmação laboratorial. Em 2020, o boletim epidemiológico semanal da OMS sobre a meningite, para as semanas 49 a 53, indicava que 12 dos 26 Estados-Membros situados na cintura da meningite não partilharam os seus resultados laboratoriais.²²

22. **Planeamento inadequado:** a falta de planeamento afecta a capacidade para responder eficazmente a surtos que possam ocorrer. Para a época epidémica de meningite de 2021, apenas 10 Estados-Membros situados na cintura da meningite dispõem de um plano de preparação e resposta à meningite.²³ Isto mostra que os países não estão a investir no planeamento.

23. **Impacto negativo da pandemia de COVID-19 na prevenção e controlo da meningite:** a pandemia de COVID-19 teve um efeito prejudicial na vigilância da meningite, na resposta aos surtos e na introdução da MenAfriVac[®] no plano de vacinação de rotina. Houve um decréscimo nas actividades de luta contra a meningite, nomeadamente no que diz respeito a investigações de surtos, à confirmação laboratorial e à vacinação em 2020. Dos três países²⁴ que planearam introduzir a MenAfriVac[®] no plano de vacinação de rotina, apenas a Eritreia concluiu esta actividade.

VISÃO, FINALIDADE, OBJECTIVOS, METAS E MARCOS

24. Visão

Para uma Região Africana livre da meningite até 2030

25. Finalidade

- a) Eliminar as epidemias de meningite bacteriana;
- b) Reduzir os casos e as mortes provocadas pela meningite bacteriana prevenível pela vacinação; e
- c) Reduzir a incapacitação e melhorar a qualidade de vida após uma meningite.

²¹ Burquina Faso, Chade, Gana, Mali e Níger.

²² Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a África (Dezembro de 2020). Boletim semanal sobre a meningite. (<https://www.who.int/emergencies/diseases/meningitis/epidemiological/en/>)

²³ Benim, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gana, Mali, Níger, República Unida da Tanzânia e Togo.

²⁴ Benim, Guiné e Togo.

26. Objectivos

- a) Reforçar a prevenção, vigilância e controlo epidémico da meningite;
- b) Melhorar a capacidade de confirmação laboratorial da meningite a todos os níveis;
- c) Proporcionar tratamento e prestar cuidados eficazes às pessoas afectadas pela meningite; e
- d) Promover acções de sensibilização e mobilização para uma Região Africana livre de meningite.

27. Metas

Até ao final de 2030:

- a) Eliminar as epidemias de meningite bacteriana;
- b) Reduzir em, pelo menos, 50% o número de casos de meningite bacteriana em relação ao registado em 2020;
- c) Reduzir a taxa de letalidade da meningite para menos de 5%; e
- d) Criar e implementar estratégias de apoio e cuidados às pessoas afectadas pela meningite.

28. Marcos

Até ao final de 2023:

- a) A MenAfriVac[®] está introduzida na vacinação de rotina em, pelo menos, 16 Estados-Membros situados na cintura africana da meningite;
- b) As orientações e os módulos de formação sobre vigilância, preparação e resposta às epidemias de meningite bacteriana estão actualizados, disseminados e implementados em todos os Estados-Membros; e
- c) Mais de 80% dos Estados-Membros prioritários dispõem de um plano estratégico e um quadro de monitorização da meningite.

Até ao final de 2025:

- a) A MenAfriVac[®] está introduzida na vacinação de rotina em pelo menos 18 Estados-Membros situados na cintura africana da meningite;
- b) A totalidade dos Estados-Membros prioritários dispõem de um plano estratégico e um quadro de monitorização da meningite.

Até ao final de 2027:

- a) As vacinas contra a *Hib* e o *S. pneumoniae* estão incluídas na vacinação de rotina em todos os Estados-Membros;
- b) As estratégias de comunicação dos riscos da meningite estão integradas nos planos nacionais em todos os Estados-Membros prioritários; e
- c) Estão disponíveis testes de diagnóstico da meningite de qualidade e comportáveis em todos os Estados-Membros.

Até ao final de 2028:

- a) É criado um sistema de identificação comunitária de sequelas e incapacitação em, pelo menos, 60% dos Estados-Membros prioritários, juntamente com um sistema de encaminhamento para avaliação e tratamento;

- b) É introduzida a vacinação contra a *Neisseria meningitidis* dos serogrupos ACWY/ACWXY na vacinação de rotina em pelo menos 10 Estados-Membros situados na cintura africana da meningite, com uma meta de cobertura de 60%; e
- c) 50% de todos os Estados-Membros prioritários dispõem de um sistema de alta qualidade para identificar e acompanhar doentes que sofrem de sequelas associadas à meningite.

Até ao final de 2030:

- a) É criado um sistema de identificação comunitária de sequelas e incapacitação em, pelo menos, 60% dos Estados-Membros prioritários, juntamente com um sistema de encaminhamento para avaliação e tratamento;
- b) É introduzida a vacinação contra *Neisseria meningitidis* dos serogrupos ACWY/ACWXY na vacinação de rotina em todos os Estados-Membros situados na cintura africana da meningite, com uma meta de cobertura de 90%;
- c) São implementadas directrizes sobre a detecção, monitorização e gestão das sequelas da meningite em todos os Estados-Membros prioritários; e
- d) 80% dos Estados-Membros prioritários dispõem de um sistema de alta qualidade para identificar e acompanhar doentes que sofrem de sequelas associadas à meningite.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

29. Os princípios orientadores na base do quadro são os seguintes:

- a) **Apropriação, liderança e responsabilização dos governos:** os Estados-Membros devem demonstrar liderança e apropriação, e garantir a coordenação eficaz de todas as partes interessadas.
- b) **Envolvimento e participação das comunidades:** o envolvimento das comunidades para reforçar o apoio e os cuidados às pessoas afectadas pela meningite é fundamental.
- c) **Parceria e colaboração intersectoriais:** é essencial a colaboração entre um vasto leque de parceiros provenientes de vários sectores, incluindo a saúde, o sector social, a comunicação, a investigação, o meio académico e os fabricantes.
- d) **Financiamento interno:** os Estados-Membros devem assegurar a mobilização eficiente de recursos internos e externos, por forma a eliminar as epidemias de meningite e reduzir as incapacidades provocadas pela meningite.
- e) **Género e equidade:** a implementação deste quadro deve estar centrada no acesso equitativo a serviços para todos, incluindo mulheres, crianças, deslocados internos, refugiados e migrantes.
- f) **Direitos humanos:** todas as medidas de prevenção e controlo da meningite devem basear-se na promoção de direitos humanos no acesso aos serviços de prevenção e de saúde.
- g) **Intervenções baseadas em dados factuais:** as políticas, serviços e intervenções fundamentados por dados factuais servirão de base à implementação deste quadro.

INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS

Prevenção e controlo das epidemias

30. **Alcançar e manter uma elevada cobertura vacinal.** Os Estados-Membros em risco de epidemias de meningite devem introduzir as vacinas contra a *Neisseria meningitidis*, o *S. pneumoniae* e a *Hib* e manter uma elevada cobertura vacinal.

31. **Introduzir novas vacinas eficazes e comportáveis contra a *Neisseria meningitidis*, o *S. pneumoniae* e a *Hib*.** Os Estados-Membros prioritários devem introduzir vacinas novas,

comportáveis e eficazes, como a vacina conjugada pentavalente (ACWXY), que está na última fase de desenvolvimento, e melhorar o acesso e a inclusão de vacinas de nova geração e comportáveis para prevenir a meningite e garantir a eliminação da meningite bacteriana.

32. Elaborar políticas baseadas em dados factuais para a vacinação contra a *Neisseria meningitidis*, o *S. pneumoniae*, a *Hib* e o *estreptococos do grupo B*. Os Estados-Membros devem elaborar e implementar estratégias de vacinação adequadas para melhorar a adesão à vacina e, em última instância, aumentar a protecção da população.

33. Elaborar e implementar uma estratégia adaptada ao contexto para prevenir a infecção por estreptococos do grupo B nos lactentes. Os Estados-Membros devem elaborar estratégias para a prevenção e a gestão da infecção por estreptococos do grupo B nos lactentes.

34. Elaborar e melhorar as estratégias de predição, prevenção e resposta a epidemias de meningite. Os Estados-Membros são exortados a elaborar e a promover o uso das ferramentas de orientação desenvolvidas pelo Escritório Regional da OMS para a África, que incluem ferramentas de simulação para avaliar o risco de ocorrência de surtos de meningite, bem como procedimentos operacionais normalizados para a vigilância, a prevenção e o controlo dos surtos de meningite em África.

Diagnóstico e tratamento

35. Melhorar o diagnóstico da meningite a todos os níveis de cuidados através do desenvolvimento e disseminação de ferramentas e requisitos de testagem específicos a cada região para cada nível do sistema de saúde e de acordo com o nível da tomada de decisões, bem como da avaliação do papel das amostras de sangue no diagnóstico da meningite e do aumento da recolha e testagem atempadas de punções lombares, de amostras de sangue e de amostras de outros tipos para diagnóstico. Os sistemas de transporte de amostras dos pontos de colheita para os laboratórios de referência devem ser reforçados.

36. Desenvolver e facilitar o acesso a testes de diagnóstico para todos os níveis de cuidados. É necessário que os Estados-Membros tenham uma elevada capacidade laboratorial no que diz respeito à confirmação dos agentes patogénicos, com infra-estruturas e equipamento adequados, bem como pessoal de laboratório qualificado. É importante utilizar novos testes de diagnóstico rápido altamente eficazes, comportáveis e que produzam resultados correctos e rápidos.

37. Elaborar e implementar uma estratégia adaptada ao contexto para os estreptococos do grupo B. Os Estados-Membros devem determinar a situação da doença por estreptococos do grupo B e elaborar políticas e estratégias para a prevenção e o controlo, que incluam o diagnóstico, o tratamento e os cuidados, com incidência nas mulheres e nos lactentes.

38. Disponibilizar estratégias adaptadas ao contexto para reduzir as sequelas, os óbitos e a resistência aos antimicrobianos. Os protocolos para a gestão de casos de meningite utilizando antibióticos e tratamentos complementares adequados devem ser actualizados e disseminados em todas as unidades de saúde, a todos os níveis. Esta medida deve ser complementada pela preposição de medicamentos e de outros produtos para a gestão de casos, sobretudo durante a época epidémica, assim como pela implementação de um programa de gestão de antimicrobianos.

39. Aumentar a disponibilidade e o acesso a cuidados e apoio adequados para as pessoas afectadas pela meningite. Incentiva-se os Estados-Membros a realizarem uma avaliação exaustiva dos serviços e sistemas de apoio existentes para as pessoas com deficiência, incluindo aquelas que sofrem de sequelas provocadas pela meningite, e para as famílias e cuidadores. Esta medida deve ser acompanhada pelo desenvolvimento e implementação de um programa de reforço das

capacidades que inclua uma formação adequada dos profissionais de saúde e agentes comunitários sobre a identificação e gestão atempadas da incapacidade e do luto.

Vigilância das doenças

40. **Garantir sistemas de vigilância da meningite eficazes.** Os Estados-Membros precisam de explorar a possibilidade de promover o uso do sistema electrónico de Vigilância e Resposta Integradas às Doenças (eVRID) para facilitar a rápida transmissão de dados. A vigilância melhorada e baseada nos casos incluída na VRID e a colaboração transfronteiriça para a vigilância da meningite devem ser reforçadas em todos os Estados-Membros. A capacidade laboratorial para a realização de testes de diagnóstico, incluindo a caracterização molecular e a resistência aos antimicrobianos, necessita de ser reforçada para conseguir uma vigilância eficaz. As parcerias com centros colaboradores da OMS e laboratórios de referência são essenciais para estabelecer uma rede mundial para a genómica dos agentes patogénicos da meningite.

41. **Elaborar e implementar inquéritos e estudos para determinar a carga das sequelas.** É necessário que os Estados-Membros elaborem e reforcem as políticas e serviços de avaliação das sequelas, de tratamento, de reabilitação e de seguimento, incluindo nas comunidades.

Sensibilização e envolvimento

42. **Garantir o compromisso e o envolvimento dos parceiros e dos decisores políticos.** Os Estados-Membros devem colaborar com todas as partes interessadas para realizar uma avaliação das necessidades de base relativamente à meningite e ao seu impacto, criar planos de acção nacionais que dêem resposta às lacunas e que estejam alinhados com o quadro regional, e ainda que levem em consideração o impacto da pandemia de COVID-19.

43. **Garantir a sensibilização das populações acerca da meningite.** Os Estados-Membros devem encetar acções de comunicação integradas para aumentar a sensibilização das populações sobre o risco da meningite. O Dia Mundial da Meningite e o Dia Internacional das Pessoas com Deficiência são duas oportunidades, entre muitas outras, para sensibilizar a população acerca das causas e dos efeitos da meningite.

44. **Manter um nível elevado de confiança na vacina.** É necessário elaborar estratégias de comunicação dos riscos e de comunicação em situações de crise para fazer face a problemas de acesso, aceitação e geração de procura de vacinas comportáveis. Estas estratégias devem ser complementadas por planos de comunicação dos riscos e de comunicação em situações de crise para as vacinas novas e as existentes, incluindo a vacina contra a COVID-19, por forma a dar resposta a uma eventual comunicação incorrecta sobre os efeitos adversos.

Monitorização e avaliação

45. **Assegurar a monitorização e a avaliação.** O Escritório Regional da OMS para a África irá desenvolver ferramentas de monitorização e avaliação, e apresentar um relatório de dois em dois anos ao Comité Regional sobre a implementação do quadro regional.

MEDIDAS PROPOSTAS

46. O Comité Regional analisou e aprovou as medidas propostas.