



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC54/INF.DOC/5

22 de Julho de 2004

Quinquagésima-quarta sessão
Brazzaville, Congo, 30 de Agosto–3 de Setembro de 2004

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 12.1 da ordem do dia provisória

**LUTAR CONTRA O RESSURGIMENTO DA TRANSMISSÃO DO POLIOVÍRUS
SELVÁTICO NA REGIÃO AFRICANA**

Documento Informativo

RESUMO

1. Quando, em 1988, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução para erradicar a poliomielite, esta era uma doença endémica em todos os países da Região Africana. Em finais de 2002, só dois países da Região eram endémicos. A partir de 2003, verificou-se um grande aumento na transmissão do poliovírus selvático nos últimos países com endemia, que atingiu também nove países considerados livres da polio.
2. Atribui-se este ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático à incapacidade de vacinar pelo menos 90% das crianças susceptíveis, nas zonas mais endémicas do Níger e da Nigéria. Falhas persistentes na qualidade das actividades suplementares de vacinação (SIA) nessas zonas, assim como a suspensão de todas as actividades de vacinação no Estado de Kano, que constitui o epicentro da transmissão, contribuíram para o aumento maciço que presentemente se verifica na transmissão do poliovírus selvático.
3. A fim de lutar contra este ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana, envidaram-se esforços para melhorar a qualidade das campanhas de vacinação na Nigéria, ao mesmo tempo que se intensificou a advocacia no sentido de o Estado de Kano retomar as vacinações. Procedeu-se a várias actividades de elevada qualidade das campanhas de limpeza nos países que sofreram importações, em 2003 e 2004.
4. Estão planeadas para o Níger e Nigéria três rondas de actividades suplementares de vacinação de âmbito nacional, em 2004. Pretendem alcançar pelo menos 90% de todas as crianças susceptíveis, para interromper o que resta da cadeia de transmissão indígena. Os países livres da polio, em risco de importação devido à proximidade geográfica e aos laços comerciais, ou outros, com o Níger e a Nigéria, efectuarão duas actividades de SIA antes do fim de 2004, para reforçar a imunidade das populações. Todos os países livres da polio devem reforçar a cobertura vacinal de rotina, alcançando e mantendo o padrão da certificação de vigilância da paralisia flácida aguda e dos planos de importação.

ÍNDICE

Parágrafos

INTRODUÇÃO	1-4
ANÁLISE DA SITUAÇÃO	5-12
INTERVENÇÕES ATÉ AO PRESENTE	13-15
INTERVENÇÕES PROPOSTAS	16-21
PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO	22-24
MONITORIZAÇÃO	25-26
CONCLUSÃO	27

Introdução

1. Em 1988, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA41.28, para libertar o mundo da poliomielite. Nessa altura, eram mais de 125 os países endémicos, incluindo os 46 países da Região Africana da OMS.
2. A implementação das estratégias recomendadas para a erradicação da polio na Região Africana da OMS começou efectivamente após a Declaração de Yaoundé dos Chefes de Estado e de Governo sobre a erradicação da polio em África (AHG/Decl.1.XXXII). Desde 1996, os Chefes de Estado e os Ministros da Saúde supervisionaram, em toda a África, actividades de erradicação da polio que, no seu apogeu, vacinavam anualmente mais de 100 milhões de crianças africanas.
3. Em quatro sessões do Comité Regional Africano da OMS foram aprovadas Resoluções (AFR/RC39/R3, AFR/RC42/R4, AFR/RC44/R7, AFR/RC45/R5) sobre actividades para a erradicação da polio. Até 2003, 44 dos 46 países da Região Africana tinham interrompido a transmissão indígena do poliovírus selvático, não sendo, assim, considerados países com polio endémica.
4. A incapacidade de vacinar todas as crianças susceptíveis na maioria das zonas com endemia no norte da Nigéria e no sul do Níger provocou um ressurgimento maciço da transmissão do poliovírus selvático. Esta situação representa uma ameaça à erradicação da polio na Região Africana.

Análise da situação

5. *Transmissão do poliovírus selvático na Região Africana:* Até fim de Junho de 2004, tinham sido notificados em África cinco vezes mais casos de polio, por comparação com o mesmo período de 2003.
6. *Transmissão endémica:* A transmissão do poliovírus selvático continua a ser endémica no Níger e na Nigéria, países responsáveis por 353 (92%) dos 383 casos confirmados de polio na Região Africana, entre 1 de Janeiro e 7 de Julho de 2004. Este aumento, que ultrapassa o quádruplo dos casos em ambos os países, desde 2003, resulta da falência na vacinação de uma percentagem significativa das crianças susceptíveis, em muitas zonas endémicas. A suspensão das actividades de vacinação no Estado de Kano, epicentro da epidemia no norte da Nigéria, e a qualidade inferior das campanhas de vacinação em outras zonas com endemia no Níger e no norte da Nigéria, resultaram numa maior intensidade da transmissão do poliovírus selvático em ambos os países.
7. *Transmissão importada:* Em 2003, a sequenciação genética veio confirmar que o poliovírus selvático do reservatório do Níger-Nigéria tinha re-infectado oito países da África Central e Ocidental (Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire, Gana e Togo) e, em 2004, foram re-infectados seis países da África Ocidental, Central e Austral (Benim, Botsuana, Burkina Faso, República Centrafricana, Chade e Côte d'Ivoire).
8. *Vigilância da paralisia flácida aguda:* A vigilância da polio, monitorizada pelos relatórios sobre a paralisia flácida aguda (PFA), melhorou entre Abril de 2003 e Março de 2004, em especial

nos blocos epidemiológicos da África Austral e Oriental. Em fins de Maio de 2004, tornaram-se evidentes falhas na vigilância da PFA em 11 países da Região: Argélia, Burkina Faso, Burundi, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Namíbia e Serra Leoa.

9. *Vacinação de rotina*: Em 2003, 29 dos 46 países notificaram uma cobertura com DPT3 de, pelo menos, 70%, enquanto 12 países da Região notificaram menos de 60%.

10. *Certificação*: A Comissão de Certificação da Região Africana (ARCC) analisou a documentação de oito países (Burundi, Camarões, Gâmbia, Guiné, Malawi, Ruanda, Senegal e Tanzânia), que cumpriram os critérios para a certificação. A actividade da ARCC foi substancialmente complicada pela importação do poliovírus selvático para países como o Botsuana, que está a uma distância considerável do Níger e da Nigéria, que constituem o epicentro da transmissão.

11. *Orientar as intervenções da polio*: Muitos países da Região aproveitaram as oportunidades proporcionadas pela erradicação da polio para melhorar a cobertura vacinal de rotina, acelerar o controlo do sarampo e avançar na eliminação do tétano materno e neonatal. As campanhas de vacinação da polio ofereceram oportunidades para intervenções incidindo na vitamina A, anti-helmintos e redes tratadas com insecticidas. Cerca de 75% dos países da Região utilizaram os recursos da vigilância da PFA para apoiar a vigilância integrada da doença; as experiências da Rede Regional de Laboratórios da Polio foram utilizadas para a criação de redes para o sarampo e a febre amarela.

12. *Financiamento da erradicação da polio*: Em relação às actividades planeadas para 2004-2005, a Iniciativa Mundial de Erradicação da Polio debate-se com um défice orçamental de cerca de 100 milhões de dólares americanos, dos quais 50 milhões são necessários para o continente africano. Prevê-se que a resposta a situações de emergência, planeada por 21 países da África Ocidental e Central, exija mais 100 milhões de dólares americanos nos próximos dois anos. Estão a ser intensificados os esforços para mobilização de fundos, internacionalmente e nos países com elevado risco de endemia.

Intervenções até ao presente

13. *Actividades suplementares de vacinação*: Entre 1996 e 2002, muitos países da Região efectuaram SIA de elevada qualidade. Em resultado, a transmissão indígena do poliovírus selvático foi interrompida em todos os países, excepto o Níger e Nigéria. Em 2003, as SIA foram efectuadas apenas nos países endémicos e de alto risco. Na segunda metade de 2003, as actividades suplementares de vacinação foram suspensas em muitos dos estados endémicos no norte da Nigéria, fruto de medos infundados quanto à segurança da vacina oral da polio. Desde então, as SIA foram retomadas em todos os estados, excepto em Kano.

14. *Actividades na Nigéria*: Incidiram sobretudo no retomar das actividades suplementares de vacinação em todos os estados do país e em garantir que pelo menos 90% das crianças susceptíveis fossem abrangidas pelas campanhas. Realizaram-se os seguintes esforços:

- a) A OMS apoiou o Governo Federal da Nigéria com peritos, para a realização de testes às vacinas para a procura de hormonas esteróides e a interpretação dos respectivos resultados.

- b) Ocorreram discussões de advocacia de alto nível com o Presidente da Nigéria, o governador de Kano e as autoridades sanitárias federais. O Secretário-Geral da ONU, o Presidente da União Africana e embaixadores da Organização da Conferência Islâmica, entre outros, empenharam-se nesses esforços de advocacia.
- c) A OMS e os parceiros facilitaram *fatwas* e outros éditos de chefes religiosos muçulmanos e estudiosos do Egipto, Arábia Saudita e Qatar, afirmando que a vacinação não era contrária aos ensinamentos islâmicos.
- d) A OMS e o UNICEF deram apoio a meios de comunicação locais e internacionais para uma melhor compreensão dos motivos para a suspensão das actividades de vacinação contra a polio no norte da Nigéria, assim como a natureza e a segurança da vacina oral contra o poliovírus.

15. *Actividades de vacinação de limpeza*: Num esforço para travar a disseminação do poliovírus selvático em países africanos re-infectados, foram vacinadas 63 milhões de crianças durante as campanhas realizadas em Outubro, Novembro e Dezembro de 2003. Essas campanhas resultaram numa despesa adicional de 25 milhões de dólares americanos. O Botsuana e o Gana contribuíram com recursos internos para custear uma parte significativa dessas campanhas.

Intervenções propostas

16. Recomeçarão, no norte da Nigéria, as campanhas de vacinação em massa contra a polio. A percentagem de crianças abrangidas ultrapassará os 90% por campanha, tanto no Níger como na Nigéria, o que é fundamental para garantir a interrupção da transmissão endémica e persistente do poliovírus selvático nestes países.

17. Realizar-se-ão pelo menos duas actividades de campanhas nacionais de vacinação de elevada qualidade em 21 países da África Ocidental e Central, para interromper a transmissão do poliovírus selvático na sub-região.

18. Angola e a República Democrática do Congo necessitam de duas actividades de campanhas de vacinação de elevada qualidade nas zonas de alto risco.

19. Os países deverão aproveitar todas as oportunidades para efectuar campanhas de vacinação, de modo a melhorar a imunização das populações e a prevenir importações do poliovírus selvático nos países livres da polio.

20. Os países deverão elaborar planos de preparação e resposta, para que esteja assegurada uma resposta rápida à importação, em todos os países. A importação continuará a ser um risco até que a polio seja erradicada em toda a parte e deve ser encarada como uma ameaça urgente à saúde pública.

21. Todos os países devem intensificar os esforços para reforçar a vacinação de rotina e a vigilância da polio, como melhor defesa contra a importação do poliovírus.

Processo de implementação

22. Para darem continuidade ao processo de implementação, os países devem:

- a) garantir o mais alto empenhamento político e liderança a todos os níveis, para facilitar a qualidade na implementação de estratégias apropriadas para a erradicação da polio;
- b) garantir que os países se apropriem e dirijam a iniciativa da erradicação da polio, de forma a beneficiar o reforço dos sistemas nacionais de saúde;
- c) advogar e apoiar as medidas que visem garantir a elevada qualidade das actividades de erradicação da polio nos reservatórios remanescentes de polio endémica, na Região Africana da OMS;
- d) recorrer aos mecanismos da Comissão de Coordenação Inter-Agências para mobilizar recursos financeiros, materiais e humanos no seio do país, a fim de assegurar a implementação das actividades prioritárias para a erradicação da polio;
- e) advogar, junto dos parceiros, a favor de recursos adicionais necessários à implementação das actividades planeadas para a erradicação da polio, até que África obtenha a certificação livre da polio.

23. O papel da OMS consiste em:

- a) dar apoio técnico, em resposta aos pedidos dos Estados-Membros, para o planeamento, implementação e avaliação das actividades de erradicação da polio;
- b) continuar a mobilizar o apoio financeiro e material necessário à implementação das actividades planeadas para a erradicação da polio.

24. As agências relevantes são convidadas a intensificar o seu apoio técnico, financeiro e material para as actividades definidas como prioritárias na interrupção do poliovírus selvático.

Monitorização

25. Cada país implementará a monitorização mensal do estado de erradicação da polio.

26. O Escritório Regional Africano da OMS reportará anualmente ao Comité Regional sobre os progressos obtidos na erradicação da polio na Região.

Conclusão

27. O enorme progresso e a experiência ganha no continente, desde o lançamento da campanha “Chutar a Polio para fora da África” na cimeira da Organização de Unidade Africana (OUA) em Yaoundé, em 1996, demonstram claramente que é possível conseguir uma África livre da polio. A resposta africana às situações de emergência devidas à expansão do poliovírus na África Ocidental e Central preservará esse progresso e o importante investimento feito para erradicar, no continente, esta doença incapacitante. A concretização desta importante vitória de saúde pública em África, depende da liderança e do apoio dos governos, dos doadores e das organizações internacionais que unem esforços no último esforço para erradicar a transmissão da polio, até finais de 2004.