

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO RESPOSTA A UM EVENTO OU SURTO DE POLIOVÍRUS

Versão 4

Março de 2022



PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO RESPOSTA A UM EVENTO OU SURTO DE POLIOVÍRUS

Versão 4

Março de 2022



Versão oficial em português da obra original em Inglês
Standard operating procedures: responding to a poliovirus event or outbreak, version 4.1

© Organização Mundial da Saúde, 2022
ISBN: 978-92-4-004915-4 (versão eletrônica)

Procedimentos Operacionais Padrão: Resposta a um Evento ou Surto de Poliovírus. Março 2022

ISBN: 978-92-75-72625-9 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12625-7 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2022**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilha Igual 3.0 OIG de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: no caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS".

Tradução: no caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução".

Referência bibliográfica sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. Procedimentos Operacionais Padrão: Resposta a um Evento ou Surto de Poliovírus. Março 2022. Brasília, DF: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726259>.

Dados da catalogação: podem se consultar em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças: para adquirir publicações da OPAS, contate a sales@paho.org. Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, consulte <https://www.paho.org/en/publications/permissions-and-licensing>.

Materiais de terceiros: para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade: As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

BRA/FGL/2022

SUMÁRIO

Agradecimentos	iv	7 Vigilância após investigação	43
Siglas	v	Aprimoramento da vigilância	43
1 Visão geral	1	Vigilância ambiental	44
Retrospectiva	1	Estratégias para populações especiais e áreas com segurança comprometida	46
Finalidade e âmbito	1	8 Comunicação e mobilização social	47
O que há de novo nesta versão	2	Esquema estratégico de C4D na resposta a surtos de poliomielite	47
Orientação relacionada	4	Coleta de dados para orientar as atividades de C4D	49
2 Eventos e surtos de poliovírus	7	Estratégia de comunicação	49
Definições importantes	7	Alcançar populações especiais e áreas afetadas por conflitos	51
Definição de surtos e eventos de poliomielite nesta versão dos POPs	8	9 Apoio da GPEI	53
3 Detecção, notificação e investigação	11	Coordenação	54
Detecção	11	Orçamentos e financiamentos	54
Notificação	11	Pico de demanda de recursos humanos	55
Investigação	12	Padrões de desempenho da GPEI	56
4 Avaliação de risco	19	10 Monitoramento e avaliação da resposta	57
Avaliação de risco inicial	19	Monitoramento da qualidade das SIAs	57
Inclusão de eventos sentinela na avaliação de risco	22	Monitoramento de aprimoramento da vigilância	59
Avaliação de risco contínua	22	Monitoramento pós-implantação da nova VOP2	60
5 Padrões de resposta – visão geral	23	Avaliações da resposta ao surto (OBRAs)	60
Padrões mínimos de resposta para eventos e surtos de poliovírus	23	Documentar as lições aprendidas	63
Classificação do surto	24	11 Integração de gênero	65
Cronogramas padrão da resposta a surtos	25	Análise de gênero	65
6 Resposta de vacinação	27	12 Prevenção da exploração, abuso e assédio sexuais	67
Vacina oral contra a poliomielite (VOP) para resposta a surtos	27	Anexos	69
Início	28	Anexo 1. Visão geral da avaliação de risco:	69
Momento oportuno e escala das atividades de imunização	29	Anexo 2A: Cronograma e responsabilidade pelas ações no primeiro mês após a detecção do poliovírus	71
Circulação simultânea de diferentes tipos de poliovírus	34	Anexo 2B: Cronograma e responsabilidade pelas atividades de resposta a surtos desde o Dia 0 até o encerramento do surto	72
Escolha da vacina	35	Anexo 3: Lista de verificação de gênero para resposta ao surto de poliomielite	82
Campanhas de alta qualidade	35		
Integração com outras intervenções de saúde	38		
Continuação da adaptação à pandemia da COVID-19	38		
Vacina inativada contra a poliomielite (VIP)	39		
Solicitação de vacina	39		
Gerenciamento e relatórios de vacinas	41		
Planejamento de melhoria da cobertura de vacinação de rotina, de modo a se tornar parte integrante da resposta ao surto de poliomielite	42		

AGRADECIMENTOS

Este documento reflete contribuições de epidemiologistas, laboratoristas, especialistas técnicos, cientistas laboratoriais, especialistas em saúde pública e gênero, de campo, regional e global, em um processo liderado pelos parceiros da GPEI: Rotary International, Organização Mundial da Saúde (OMS), Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundação Bill & Melinda Gates e GAVI, a Vaccine Alliance. Alguns aspectos fundamentais desses POPs foram derivados de amplas consultas com grupos consultivos de especialistas, incluindo o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas sobre Imunização (SAGE) da OMS e endossados pelos grupos técnicos e de gestão relevantes da GPEI.

SIGLAS

PFA	Paralisia flácida aguda	ORPG	Grupo de preparação e resposta a surtos
aVDPV	Poliovírus ambíguo derivado da vacina	PCS	Estratégia pós-certificação
bVOP	Vacina oral bivalente contra a poliomielite	ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
COVID-19	Doença do coronavírus 2019	PID	Distúrbio de imunodeficiência primária
cVDPV	Poliovírus circulante derivado da vacina	PIRI	Intensificação periódica da imunização de rotina
DG	Diretor-geral	POB	Conselho de Supervisão da Poliomielite
DON	Notificação de Surto de Doença	PRSEAH	Prevenção da Exploração, Abuso e Assédio Sexuais
COE	Centro de operações de emergência	RED	Alcançar todos os distritos
PAI	Programa Ampliado de Imunização	RR	Resposta rápida
VA	Vigilância ambiental	RRT	Equipe de resposta rápida
EUL	Lista de Uso de Emergência	SAGE	Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização
EV	Enterovírus	SIA	Atividades suplementares de imunização
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	SIAD	Estratégia de dose adicional em curto intervalo
GIS	Sistema de informação geográfica	STOP	Interromper a transmissão do poliovírus
GPEI	Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite	tVOP	Vacina oral trivalente contra a poliomielite
GPLN	Rede Global de Laboratórios de Poliomielite	UNDSS	Departamento de Segurança e Proteção das Nações Unidas
GPS	Sistema de Posicionamento Global	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
RSI	Regulamento Sanitário Internacional	VAPP	Poliomielite parálitica associada à vacina
IM	Monitoramento independente	VDPV	Poliovírus derivado da vacina
IMST	Equipe de apoio à gestão de incidentes	VVM	Monitor de Frascos de Vacinas
PCI	Prevenção e controle de infecção	OMS	Organização Mundial da Saúde
VIP	Vacina inativada de poliovírus	WPV	Poliovírus selvagem
iVDPV	Poliovírus derivado da vacina associado à imunodeficiência		
LQAS	Amostragem por garantia de qualidade de lote		
mVOP2	Vacina oral monovalente contra a poliomielite tipo 2		
nVOP2	Nova vacina oral contra a poliomielite tipo 2		
PFANP	Paralisia flácida aguda não poliomielite		
OBRA	Avaliação da resposta a surtos		
VOP	Vacina oral contra a poliomielite		

1 VISÃO GERAL

RETROSPECTIVA

Em maio de 2014, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a disseminação internacional do poliovírus selvagem uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, após a disseminação internacional do WPV1 na África e Ásia. Em 2021, um caso confirmado de WPV-1 foi relatado no Malawi na Região Africana, geneticamente ligado à transmissão de WPV-1 no Paquistão. Isso destaca o risco contínuo de disseminação internacional do WPV-1 até que a meta de erradicação da poliomielite seja alcançada e que os países estejam preparados para responder.

A erradicação global do poliovírus selvagem tipo 2 foi certificada em 2015, assim como a erradicação global do poliovírus selvagem tipo 3 em 2019. A Região Africana da OMS foi certificada como livre do WPV1 em 2020. A detecção de qualquer poliovírus selvagem fora de um laboratório ou fábrica de vacinas deve ser considerada uma emergência de saúde pública.

Desde a remoção da VOP2 da imunização de rotina em 2016, houve aumento global no poliovírus tipo 2 derivado da vacina (VDPV2) relacionado à queda global na imunidade da mucosa intestinal da população ao poliovírus tipo 2 em crianças nascidas após abril de 2016. Cada vez mais a circulação do VDPV2 tem afetado cada vez mais países, com a disseminação internacional agora ocorrendo regularmente. Essa situação

levou à manutenção da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional da poliomielite.

FINALIDADE E ÂMBITO

O objetivo desses procedimentos operacionais padrão (POPs) é oferecer orientação a qualquer país que detecte qualquer tipo de surto ou evento de poliovírus, para responder de maneira oportuna e efetiva, com o objetivo específico de interromper os surtos de poliomielite dentro de 120 dias (quatro meses). Este guia se destina a governos nacionais e tomadores de decisão de saúde pública que coordenam respostas a eventos e surtos de poliovírus e seus parceiros globais, regionais e nacionais. Essa versão dos POPs se baseia nas versões anteriores desenvolvidas desde 2015 e leva em consideração os principais desenvolvimentos, lições aprendidas e disponibilidade de novas ferramentas desde a publicação da última versão, em março de 2020.

O desenvolvimento desses POPs depende de evidências científicas disponíveis e consenso de especialistas, mantendo-se fundamentado em realidades operacionais e no contexto de diminuição da imunidade global ao poliovírus tipo 2. Os aspectos fundamentais dos POPs resultam de ampla consulta com grupos consultivos de especialistas, incluindo o Grupo de Especialistas Consultivos Estratégicos (SAGE) da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre imunização, com endosso

pelos grupos técnicos e de gestão relevantes da GPEI.

Esses POPs estabelecem padrões de resposta e cronogramas para resposta à disseminação do WPV para um país não endêmico, ou quando eventos e/ou surtos de VDPV de qualquer tipo (VDPV1, VDPV2 ou VDPV3) são detectados em qualquer contexto, seja um novo surgimento ou um poliovírus circulante derivado da vacina (cVDPV) não detectado anteriormente.

Esses POPs não incluem resposta ao WPV1 devido à transmissão local em um contexto endêmico, orientações operacionais em nível de campo nem ferramentas para planejamento de atividades de imunização suplementar (SIAs) de alta qualidade ou métodos detalhados para vigilância aprimorada.

O QUE HÁ DE NOVO NESTA VERSÃO

- Nesta versão dos POPs, a seção sobre as principais definições foi atualizada de modo a incluir o novo vírus da vacina oral da poliomielite tipo 2, ligações genéticas e vírus órfãos.
- Esta versão dos POPs fornece orientações atualizadas sobre a rodada de resposta rápida (às vezes também chamada de “rodada zero”). Recomenda-se a implementação da rodada de resposta rápida dentro de 14 dias da notificação do surto (Dia 0) visando à área imediata do isolamento do vírus; se não puder ser iniciado dentro desse prazo, o programa deve cogitar um prosseguimento direto para a SIA1.
- As orientações também foram atualizadas sobre a população-alvo proposta das rodadas de vacinação de resposta, dependendo do risco de

disseminação em diversas situações epidemiológicas. Isso se baseia nos dados e na modelagem disponíveis para VDPV2, que mostram que atrasos significativos na notificação de surtos e na implementação da resposta de vacinação exigem rodadas de vacinação com escopo maior para interromper a transmissão.

- Foi incluída a definição de transmissão por escape de imunidade: qualquer WPV ou cVDPV detectado em um caso de PFA, criança saudável ou amostra ambiental com a data de início da paralisia (para casos de PFA) ou a data da coleta da amostra (para criança saudável ou amostra ambiental) ocorrendo mais de 21 dias após o primeiro dia da última SIA em uma área em que pelo menos duas SIAs foram implementadas é evidência de transmissão por escape de imunidade. Os POPs fornecem flexibilidade em situações de alto risco, quando um limite mais curto (14 dias em vez de 21) possa ser levado em consideração na decisão sobre a transmissão por escape de imunidade.
- Em linha com a nova estratégia GPEI (2022-2026), esta versão recomenda tornar a melhoria da cobertura de vacinação de rotina um componente essencial dos processos gerais de planejamento e implementação de resposta a surtos. Há ênfase em dedicar uma seção do plano para melhorar a cobertura de vacinação de rotina como parte do mandato dos COEs (ou plataformas de coordenação semelhantes), liderada pelos programas nacionais de PAI e adequadamente apoiada pelos parceiros de vacinação, incluindo a GAVI.
- As orientações sobre as escolhas de vacinas para resposta a surtos ou eventos de alto risco de poliovírus tipo 2

foram atualizadas, pois o programa de poliomielite passa por uma transição da VOP2 Sabin para a nova VOP2, conforme as recomendações do SAGE. Os países que enfrentam surtos de cVDPV2 devem priorizar uma resposta rápida e de alta qualidade ao surto com qualquer vacina oral contra a poliomielite disponível para eles, sem demora.

- Os POPs fornecem orientações gerais sobre a adaptação contínua à pandemia da COVID-19 em constante evolução. Depois de lidar com a fase emergencial da pandemia, é importante que a GPEI continue em estreita coordenação com os mecanismos nacionais e locais de gestão de resposta à COVID-19 enquanto planeja e implementa as SIAs da poliomielite, com foco especial na implementação da prevenção e controle de infecção (PCI), mobilização da comunidade e mitigação de boatos e desinformação, a fim de alcançar cobertura vacinal uniforme e de alta qualidade.
- Esta versão dos POPs alinha a orientação sobre o uso de VIP com as recomendações do SAGE. Considerando que a VIP fornece um alto nível de imunidade individual e proteção contra paralisia, mas não a imunidade da mucosa intestinal suficiente para interromper a transmissão de poliovírus de pessoa para pessoa, a VIP não deve ser usada na resposta a surtos. Além disso, é improvável que as campanhas de VIP atinjam crianças não alcançadas pelas campanhas de VOP. A prioridade da resposta ao surto é interromper a transmissão, portanto, o foco principal deve ser alcançar alta cobertura com VOP. No entanto, esforços simultâneos devem ser feitos para melhorar a cobertura de VIP por meio de atividades aprimoradas do PAI, pois a VIP pode

aumentar a imunidade da mucosa em populações com vacinação anterior com a VOP.

- Esta versão também aborda o mecanismo de liberação da nova VOP2 e seu gerenciamento posterior, de acordo com outros documentos detalhados disponíveis sobre este assunto. Assim como a VOP2 Sabin monovalente, a liberação da nova VOP2 do estoque global de VOP requer a aprovação do diretor-geral da OMS, por recomendação do Grupo de Preparação e Resposta a Surtos (ORPG). O processo de análise do ORPG para solicitações da nova VOP2 será realizado em estreita coordenação com as Equipes de Resposta Rápida (RRT)/Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes (IMST), os escritórios regionais da OMS e do UNICEF, bem como os programas nacionais.
- Na seção de vigilância, a meta para a taxa de PFA não poliomielite e a realização de amostragem de fezes em crianças saudáveis foram mais esclarecidas. Após a notificação do surto ou a identificação de um evento em uma área de alto risco, o programa visará a uma taxa anual de mais de três casos de PFA não poliomielite por 100 mil crianças, menores de 15 anos de idade, em áreas afetadas pelo surto e de alto risco. Em nível nacional, espera-se uma taxa de dois casos de PFA não poliomielite por 100 mil crianças em países com surtos. Embora os distritos com menos de 50 mil crianças menores de 15 anos possam não detectar PFA todos os anos, a qualidade da vigilância de PFA deve ser verificada em todos os distritos que não notificaram nenhum caso de PFA, independentemente do tamanho da população. Se já houver evidência de transmissão em toda a comunidade, não é necessário realizar

amostras de fezes direcionadas em crianças saudáveis.

- Esta versão dos POPs considera a estrutura revisada da GPEI em linha com a nova Estratégia (2022-2026), para apoiar os programas de poliomielite do país. As principais revisões incluem a formação da Equipe de Resposta Rápida (RRT) na região Africana, da Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes (IMST), na região do Mediterrâneo Oriental, do Grupo de Preparação e Resposta a Surto (ORPG) e do Grupo de Vigilância (SG) em nível global. Neste documento, a RRT, a IMST e outros mecanismos/órgãos regionais de resposta a surtos são chamados de equipes regionais de resposta à poliomielite.
- De acordo com a estratégia GPEI, foram incluídos capítulos sobre integração de gênero e Prevenção e Resposta a Exploração, Abuso e Assédio Sexuais (PRSEAH). Além disso, os aspectos relacionados ao gênero foram incluídos em todos os componentes da resposta a surtos.

ORIENTAÇÃO RELACIONADA

- A classificação de VDPVs é detalhada na *Classificação e notificação de poliovírus derivados de vacinas* encontrada em https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_EN.pdf
- Para eventos de poliomielite relacionados a laboratórios e fabricação de vacinas, ver *Gestão de saúde pública da exposição a poliovírus vivos relacionada a estabelecimentos. Orientação sobre o manejo de pessoas expostas em países que hospedam instalações que mantêm poliovírus vivos*, que se

encontra em <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/Public-Health-Management-of-Facility-related-Exposure-to-Live-Polioviruses-EN-20210520.pdf>

- *Referência rápida provisória sobre como fortalecer a vigilância da poliomielite durante um surto de poliovírus (março de 2021)*, encontrada em https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference-Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf
- *Procedimentos de diagnóstico após uma exposição acidental ao poliovírus*, encontrada em https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/08/GP8_Diagnostic-procedures-following-accidental-exposure-to-poliovirus.pdf
- *Plano de ação global de vigilância da poliomielite 2022-2024*, encontrado em <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/02/Global-Polio-Surveillance-Action-Plan-2022-2024.pdf>

ESTRATÉGIA DE ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE 2022-2026, CUMPRIMENTO DE UMA PROMESSA

Dados os desafios programáticos e epidemiológicos, a GPEI repensou a via final com foco na propriedade e responsabilidade coletiva, juntamente com governos, comunidades e outras partes interessadas. A *Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026* compreende um amplo conjunto de ações a fim de posicionar a GPEI para cumprir uma promessa que uniu o mundo em um compromisso coletivo de erradicação da

poliomielite. Essas ações visam fortalecer e capacitar a GPEI para enfrentar os desafios à frente e alcançar e sustentar um mundo livre da poliomielite.

O Objetivo Um da nova Estratégia de Erradicação da Poliomielite estabelece uma via para a interrupção permanente da transmissão de todos os poliovírus no Afeganistão e no Paquistão; ao passo que o Objetivo Dois descreve estratégias e táticas para colocar a GPEI e os países impactados em situação de emergência para interromper a transmissão do cVDPV2.

A Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026 estabelece parâmetros agressivos para medir o progresso em direção à erradicação, a fim de interromper a transmissão endêmica do WPV1 no Paquistão e no Afeganistão e interromper todos os surtos de cVDPV2 até o final de 2023, permitindo a certificação da erradicação global de todos os poliovírus selvagens e a validação da ausência de cVDPV2 em 2026.

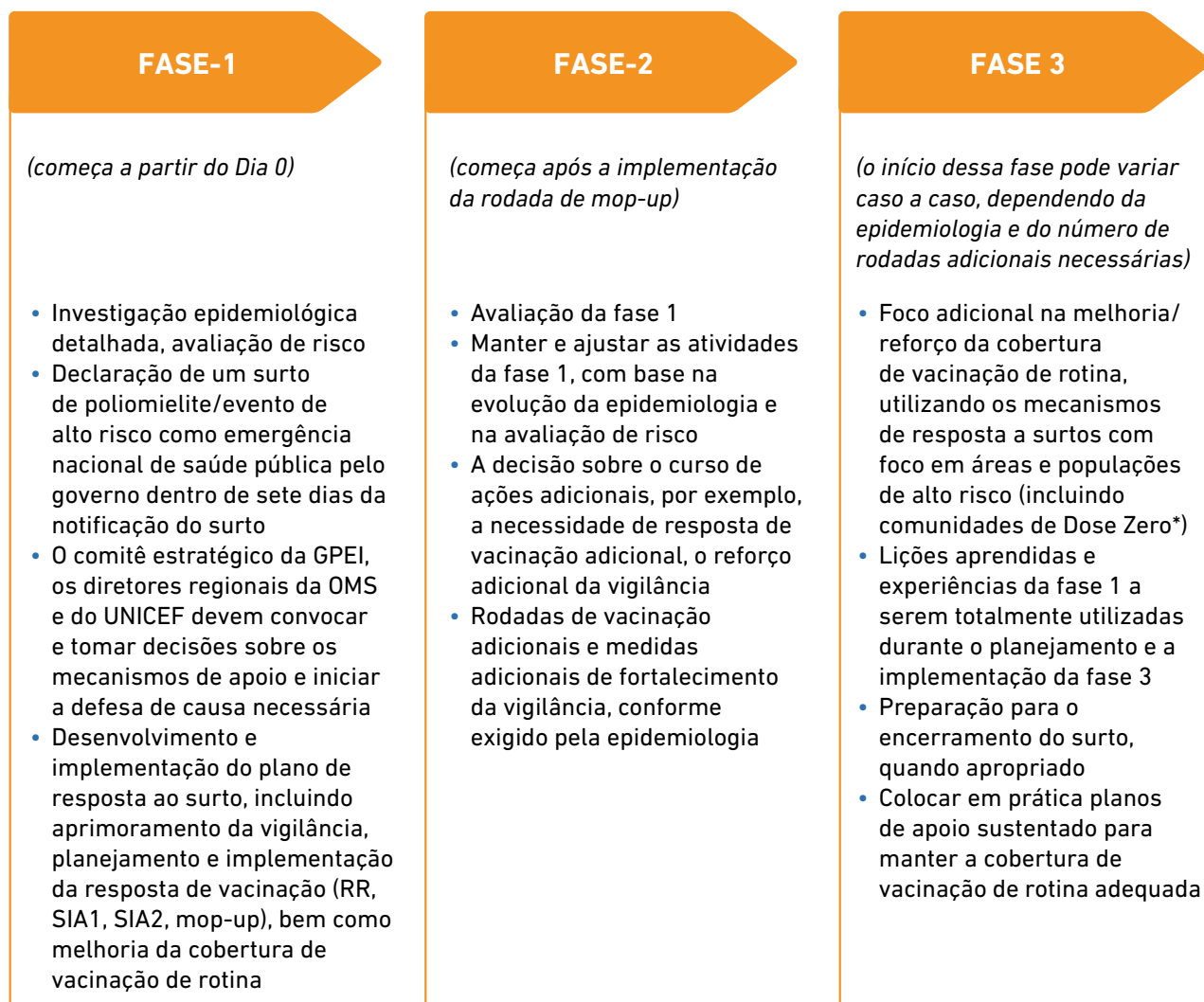
Ao se alcançar os últimos marcos para a certificação WPV1 e a interrupção do cVDPV2, será lançada a Estratégia de Pós-Certificação (PCS), para a qual foram iniciadas etapas de vigilância integrada da poliomielite de longo prazo, capacidade de resposta, fortalecimento da imunização essencial e contenção.

A GPEI planeja alcançar o Objetivo Dois da estratégia funcionalizando uma estrutura de gestão de emergências com funções e responsabilidades claramente definidas, desenvolvendo e implementando um esquema abrangente de prestação de contas, aumentando a propriedade do governo por meio da defesa de causa política e fortalecendo as capacidades regionais e nacionais de vigilância sensível e resposta rápida de alta qualidade.

Serão buscadas ferramentas e métodos inovadores, bem como novas parcerias, para reforçar as operações de resposta a surtos.

A nova Estratégia de Erradicação da Poliomielite também se compromete com uma abordagem integrada à implementação do programa, que permite que os países aproveitem os recursos existentes do programa da poliomielite e atendam às necessidades de saúde das comunidades vulneráveis. A estratégia define integração como um esforço conjunto entre o programa de erradicação da poliomielite e uma série de parceiros, com o objetivo de melhorar os desfechos de imunização em regiões específicas. Os dois principais meios de integração mencionados na estratégia incluem o fortalecimento da colaboração com outros programas de imunização e estratégias apropriadas ao contexto para a provisão de vacinas, juntamente com a Atenção Primária à Saúde e outros serviços.

Quadro 1 – Planejamento de resposta a surtos, em resumo



*<https://www.immunizationagenda2030.org/>

2 EVENTOS E SURTOS DE POLIOVÍRUS

DEFINIÇÕES IMPORTANTES

Os isolados de poliovírus detectados em humanos ou no ambiente se enquadram em três categorias:

1. Poliovírus selvagens: vírus natural que pode causar paralisia principalmente em crianças pequenas. Os poliovírus selvagens tipos 2 e tipo 3 (WPV2, WPV3) foram certificados como erradicados e não circulam mais em populações humanas, mas podem ser encontrados em laboratórios e fábricas de vacinas. O poliovírus selvagem tipo 1 ainda circula em populações humanas nos dois países endêmicos de WPV-1 restantes, Afeganistão e Paquistão.

2. Vírus de vacinas, incluem:

- Vírus Sabin, poliovírus vivo atenuado da vacina oral contra a poliomielite (VOP).
- Os poliovírus Sabin-like são aqueles que começaram a divergir da cepa Sabin padrão na VOP, mas em menor grau do que aqueles que são capazes de causar paralisia, conhecidos como poliovírus derivados da vacina (ver a seguir).
- Em 2020, um segundo vírus atenuado foi autorizado para uso em surtos de cVDPV2, esse vírus comumente se denomina novo vírus da vacina oral contra a poliomielite tipo 2.

Os vírus Sabin e Sabin-like são comumente detectados na população e no ambiente quando a VOP é usada em imunização de rotina (IR) ou em atividades de imunização

suplementar (SIA) com VOP. O vírus da vacina tipo 2 não deve mais ser detectado, exceto quando a VOP2 monovalente, a VOP trivalente ou a nova VOP2 foram usadas recentemente na resposta ao poliovírus tipo 2.

3. Poliovírus derivados da vacina (VDPV): cepas de vírus de vacina que são >1% divergentes [≥ 10 diferenças de nucleotídeos (nt)] nos tipos 1 e 3 e >0,6% divergentes (≥ 6 diferenças de nt) no tipo 2 da referência correspondente da cepa Sabin na região do gene VP1. Os VDPVs podem ainda ser categorizados da seguinte forma:

- O **poliovírus circulante derivado da vacina (cVDPV)** é um VDPV que demonstra transmissão de pessoa para pessoa na comunidade, com base em evidências de detecções humanas e/ou ambientais de vírus geneticamente ligados.
- O **VDPV associado à imunodeficiência (iVDPV)** é um VDPV de indivíduos que apresentam evidência de imunodeficiência primária (PID). Ao contrário das pessoas imunocompetentes, que excretam o vírus vacinal por um período limitado, em casos raros, os indivíduos com imunodeficiência primária podem excretar um vírus vacinal geneticamente divergente por um período prolongado após receberem VOP.
- O **VDPV ambíguo (aVDPV)** é um VDPV para o qual a sequência VP1

não está geneticamente ligada a outras sequências VDPV previamente identificadas e não há evidência de PID se o vírus for de um indivíduo. Uma sequência de VDPV será classificada como ambígua com base em resultados laboratoriais e investigação epidemiológica e em comunicação com as equipes de campo, especialistas técnicos e pessoal de laboratório da sede da OMS e do escritório regional da OMS. Os isolados podem ser de pessoas sem imunodeficiência conhecida ou de uma amostra ambiental, sem evidência de circulação.

4. Ligação genética: relação genética entre sequências de poliovírus que sugere uma origem ou emergência comum.

5. Vírus órfãos: vírus com identidade VP1 menor ou igual a 98,5% da correspondência mais próxima no banco de dados de sequência naquele momento. A identificação desses vírus geralmente indica que ele está circulando há algum tempo sem ser detectado pela vigilância de PFA ou ambiental.

DEFINIÇÃO DE SURTOS E EVENTOS DE POLIOMIELITE NESTA VERSÃO DOS POPS

A detecção de WPV ou VDPV (excluindo iVDPV) em uma área anteriormente não

afetada pode ser classificada de acordo com o padrão de detecção e disseminação.

1. Surto: detecção de WPV ou cVDPV com transmissão em nível de comunidade, conforme demonstrado por:

- a) Detecção em um ser humano, A MENOS que haja um histórico de viagem para uma área infectada dentro de 35 dias antes do início da paralisia OU uma exposição confirmada a um vírus de tipo específico em um laboratório ou instalação de produção de vacinas.
- b) Duas detecções separadas no ambiente, sendo que separado significa que as amostras foram coletadas de dois locais diferentes sem áreas de captura sobrepostas OU do mesmo local, mas com pelo menos dois meses de intervalo.
- c) Qualquer cVDPV recém-detectado, seja em uma amostra humana ou ambiental; ou seja, quando um VDPV isolado em fezes humanas ou no ambiente pode ser imediatamente ligado geneticamente a outro VDPV confirmando assim a circulação nas áreas de detecção.

2. Evento de importação: detecção da importação de WPV ou cVDPV, mas sem evidência de transmissão comunitária:

- a) Detecção de WPV ou cVDPV conhecido em um caso de PFA ou pessoa assintomática com histórico de viagem para uma área infectada nos 35¹ dias anteriores ao início da doença.
- b) Uma única detecção ambiental de WPV ou um cVDPV conhecido em um novo território (ou país) infectado; sem evi-

¹ A probabilidade de um caso estar associado à viagem é mais alta em 7-10 dias e diminui a partir de então, sendo mínima após 35 dias (<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/poliomyelitis>).

dência de transmissão da comunidade local encontrada².

- c) Múltiplas detecções ambientais de WPV ou um cVDPV conhecido de um local em menos de dois meses, mas sem evidência de replicação viral contínua (os isolados são geneticamente idênticos ou quase idênticos³).

3. Novo evento de emergência: surgimento de novo VDPV:

- a) Detecção de um VDPV recém-identificado em um único caso de PFA ou pessoa assintomática (tal como um contato domiciliar) sem evidência de transmissão comunitária encontrada², inclusive por sequenciamento genético (não geneticamente ligado a outro VDPV conhecido).
- b) Detecções múltiplas de VDPVs recém-identificados de um único local de amostragem ambiental dentro de um período de dois meses, mas sem evidência virológica de múltiplos excretores (ou seja, as sequências genéticas são idênticas ou quase idênticas³).

4. Evento WPV ou VDPV associado a um estabelecimento: detecção de WPV ou VDPV em uma pessoa com exposição suspeita ou documentada a vírus de tipo específico em um laboratório ou instalação de produção de vacinas, ou em amostras ambientais coletadas nas proximidades de tal instalação.

5. Evento de vacina:

- a) Um caso de poliomielite parálitica associada à vacina (PPAV), que é um evento clínico e não um evento de saúde pública.

- b) Detecção de um vírus da vacina tipo 2 em uma área em que a vacina contendo o poliovírus tipo 2 não foi usada nos quatro meses anteriores à detecção -OU- detecção do vírus da vacina tipo 1 ou tipo 3 em uma área em que a vacina contra a poliomielite não foi usada para imunização de rotina (países com apenas VIP em seus calendários de vacinação infantil de rotina) ou SIAs nos quatro meses anteriores à detecção.

Uma área não infectada é definida como uma divisão administrativa de um país em que não houve transmissão do poliovírus específico nos 12 meses anteriores (conforme determinado pela data de início da paralisia nos casos de PFA ou pela data da coleta em outras amostras humanas ou ambientais). Normalmente, a área não infectada é todo o país (no caso de países pequenos, por exemplo com população < 2 milhões) ou a primeira unidade administrativa subnacional, como um estado ou província (no caso de países moderadamente populosos, por exemplo com população > 2 milhões), mas também pode ser uma segunda área subnacional, como distrito, prefeitura ou área metropolitana (em grandes países com população > 10 milhões).

Os eventos não requerem uma resposta de vacinação, a menos que sejam de alto risco. Os eventos 2b, 2c e 3a devido ao poliovírus tipo 2 são considerados de alto risco, assim como 3b se houver fatores de risco adicionais (detalhes na seção 6).

² Após amostragem adequada de um número suficiente de crianças saudáveis na mesma comunidade e amostragem de locais ambientais na área, mas não na captação de esgoto do caso.

³ Isolados mostram nenhuma ou pequena variação genética consistente com a excreção por um único ser humano.

3 DETECÇÃO, NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

DETECÇÃO

Amostras coletadas de fontes humanas ou ambientais durante a vigilância de rotina ou uma investigação de evento ou surto são enviadas para um laboratório da Rede Global de Laboratórios de Poliomielite (GPLN) para determinar a presença de poliovírus. O vírus é identificado por meio de cultura, diferenciação intratípica e sequenciamento genético. A detecção direta de poliovírus está sendo lançada em 2022.

NOTIFICAÇÃO

Assim que o poliovírus for identificado, a GPLN informará às autoridades de saúde do país afetado e à OMS em nível nacional, regional e da sede. De acordo com o *Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI)*⁴, todos os poliovírus notificáveis (ver Quadro 2) também devem ser imediatamente notificados pelas autoridades nacionais ao ponto focal do RSI no respectivo escritório regional da OMS.

A sede da OMS informará os parceiros da GPEI quando essas informações forem recebidas e validadas. Detalhes adicionais, incluindo quaisquer ligações genéticas a outros poliovírus, serão compartilhados pela GPLN e pela sede da OMS assim que disponíveis.

A notificação à OMS pode levar à publicação de um relatório de notícia de

surto de doença no site da OMS, conforme apropriado, com base no tipo de vírus, na avaliação de risco e na situação do surto.

Definição do “Dia 0” para monitoramento da resposta

Para monitoramento de desempenho da resposta, um “Dia 0” é definido para que o progresso de todas as ações de resposta possa ser monitorado em relação aos padrões definidos nesses POPs. O Dia 0 é o dia do recebimento da confirmação laboratorial de WPV ou VDPV por sequenciamento genético na sede da OMS ou no escritório regional da OMS relevante e é considerado o “dia da notificação do surto”. Todos os cronogramas mencionados nesses POPs são contados a partir do “Dia 0”, a menos que especificado.

Todos os eventos de poliovírus devem desencadear as seguintes respostas:

- Investigação de saúde pública de casos, seus contatos e suas comunidades locais. No caso de uma amostra ambiental positiva, a investigação deve se concentrar na área de captação e na população amostrada pelo local de vigilância ambiental.
- Avaliação de risco com base nos resultados da investigação de saúde pública.
- Aprimoramento da vigilância
- Defesa de causa estratégica e comunicação de risco.

⁴ Ver *Regulamento Sanitário Internacional (2005)*, 3ª edição. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors>, acessado em 15 de novembro de 2021).

Para todos os surtos e alguns eventos de alto risco (considerados como requerendo uma resposta de vacinação), o Dia 0 permanece o mesmo para fins de monitoramento da resposta operacional, mesmo que novas informações que confirmem a transmissão se tornem disponíveis em um estágio posterior.

No caso de um evento de baixo risco sem resposta de vacinação, as informações de sequenciamento genético de novos isolados podem posteriormente confirmar retrospectivamente a transmissão. Nesse

caso, a GPEI pode considerar um ajuste do Dia 0 para a data de recebimento das novas informações de sequenciamento que tenham exigido uma resposta de vacinação.

INVESTIGAÇÃO

O país deve investigar qualquer isolado de poliovírus notificável de acordo com o RSI, proveniente de quaisquer fontes humanas ou ambientais. A GPEI apoiará o país conforme necessário.

Quadro 2 – Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI) e a obrigação de notificar

De acordo com o RSI, a notificação é obrigatória para todos os eventos que possam constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional. Para a poliomielite, isso inclui a detecção em fontes humanas ou não humanas de:

- WPV,
- VDPV (tipo 1, 2 ou 3),
- e vírus Sabin/Sabin-like tipo 2, em áreas em que a VOP2 Sabin não foi usada nos quatro meses anteriores (os vírus Sabin/Sabin-like tipos 1 e 3 não são notificáveis).

O ponto focal nacional do RSI deve notificar à OMS, no prazo de 24 horas, à pessoa de contato do RSI no respectivo escritório regional da OMS todos os poliovírus notificáveis, sem esperar a classificação final. O Comitê de Emergência da Poliomielite sob o RSI emite recomendações temporárias a cada três meses, para países infectados e vulneráveis com poliomielite.

As autoridades de saúde locais devem iniciar a investigação dentro de 24 horas após um relatório de isolado de poliovírus. A abordagem mais efetiva é uma investigação epidemiológica e social conjunta de todo caso e comunidade afetada com apoio do nível nacional, bem como a coleta de dados nacionais relevantes. Uma investigação detalhada do caso também pode ser realizada para um cluster de compatíveis (dois casos em um único distrito ou dois distritos vizinhos em quatro semanas) e, em alguns casos, um caso “quente”⁵ de PFA antes da

confirmação laboratorial. As informações da GPLN e da investigação epidemiológica e social são usadas para descrever as características do vírus e determinar se há evidências de transmissão comunitária. Isso orientará a avaliação e classificação de risco. As situações epidemiológicas ameaçadoras e os alertas devem ser investigados imediatamente, sem esperar os resultados da investigação laboratorial e a classificação final do vírus.

A Tabela 1 descreve o escopo e os objetivos de uma investigação.

⁵ Um caso de PFA “quente” é um caso que atenda a pelo menos três dos seguintes critérios ou aos critérios definidos pelo país ou região: menos de 5 anos de idade; menos de três doses de VOP ou com estado de VOP desconhecido; 3) progressão rápida da paralisia; 4) paralisia assimétrica; 5) febre no início. Ver a Seção 2.3 para obter mais informações sobre casos “quentes”.

Tabela 1 – Investigação de isolados de poliovírus de fontes humanas e ambientais

Componentes da investigação	Objetivos
<p>Parte A: Investigação do caso ou isolado ambiental e contexto local</p> <ol style="list-style-type: none"> Investigação detalhada de um caso de poliovírus isolado de um caso de PFA ou um contato de um caso de PFA Investigação do local de um isolado da vigilância ambiental Descrição do contexto da comunidade de qualquer isolado detectado, independentemente da fonte: <ul style="list-style-type: none"> Imunidade da população Desempenho recente da SIA Características da população, rotas de movimentação e migração Mapeamento e determinantes sociais da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Compilar informações para confirmar o evento/surto e os riscos associados • Identificar a possível fonte de infecção/causas do evento/surto • Determinar o número e as características dos casos, o contexto dos isolados ambientais • Formular medidas de controle (imunização e vigilância) para interromper a transmissão e prevenir a propagação
<p>Parte B: Determinação da extensão geográfica da transmissão</p> <ol style="list-style-type: none"> Pesquisa de casos adicionais de PFA e evidência de transmissão do vírus na comunidade: <ul style="list-style-type: none"> Dados de vigilância Amostragem de contatos de PFA (para casos inadequados de PFA) Amostragem direcionada de fezes de crianças saudáveis (<i>conforme orientação de vigilância da GPEI</i>) Busca domiciliar na comunidade Pesquisa de unidade de saúde local Outras atividades de extensão de serviços na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a extensão geográfica e avaliar o risco de transmissão adicional • Refinar e aprimorar ainda mais as medidas de controle para interromper a transmissão e impedir a disseminação geográfica

Parte A: Investigação do caso ou isolado ambiental e contexto local

1. Investigação detalhada do caso de um isolado de um caso ou contato de PFA

Para qualquer poliovírus isolado de uma criança ou adulto (caso ou contato de PFA): fazer a história e um exame clínico e neurológico detalhado. Coletar um histórico detalhado da febre, da progressão da fraqueza, do tratamento, das injeções e da vacinação (incluindo todas as doses de rotina e SIA de qualquer vacina contra a poliomielite, data da última vacinação e motivos para qualquer dose perdida). A história clínica e familiar deve incluir quaisquer sinais ou sintomas de

imunodeficiência primária e um exame de imunoglobulinas quantitativas, quando indicado.

É necessária uma investigação epidemiológica urgente (ou seja, pessoa, lugar e tempo) e social do caso de PFA. Não devem ser coletadas amostras de contatos próximos se forem coletadas amostras de fezes adequadas do caso de PFA e o poliovírus for confirmado. É importante coletar informações detalhadas sobre histórico de imunização, histórico médico, histórico de viagens, população especial ou situação de alto risco, contexto socioeconômico e comunitário, distância da unidade de saúde ou outras barreiras à vacinação e outras informações

relevantes. A investigação também deve levar em conta quaisquer locais de vigilância ambiental existentes nas proximidades do caso. O formulário GPEI, *Formulário detalhado de investigação de caso epidemiológico*⁶, fornece um modelo de orientação para uma investigação epidemiológica e social conjunta.⁷

2. Investigação do local de um isolado da vigilância ambiental

Descrever a área de captação do local de amostragem infectado e outros locais de coleta da área, incluindo informações sobre demografia da população (especialmente grupos de alto risco), movimento da população, estabelecimentos relevantes (por exemplo, unidades de saúde, escolas, instalações que estocam ou manuseiam poliovírus infecciosos, como um fabricante de vacinas de poliovírus ou laboratório) e estações de ônibus ou outros centros de transporte.

Descrever o sistema de esgoto ou drenagem do local de coleta, complementado por imagens do sistema de informações geográficas (GIS) sempre que possível (por exemplo, perfil de elevação, ligações com outros locais e densidade de moradias). Documentar o histórico do local, o cronograma de coleta, o número e a frequência das amostras coletadas, o momento oportuno e a integridade da coleta e a proporção de amostras positivas para enterovírus (EV). Registrar todo poliovírus detectado, incluindo vírus Sabin.

Para isolamento do vírus Sabin 2, investigar imediatamente usando o guia de campo e o modelo de investigação disponível (a menos que seja dentro de quatro meses de uma resposta de VOP contendo tipo 2 na área imediata).

A detecção do vírus da nova VOP2 (em humanos ou no ambiente) em uma área que nunca implementou uma rodada de vacinação usando a nova VOP2, ou que nunca implementou qualquer rodada por mais de quatro meses antes do isolamento do vírus da nova VOP2, também deve desencadear uma investigação imediata e uma avaliação de risco. Os resultados da investigação devem ser compartilhados com as equipes regionais de resposta à poliomielite, o ORPG e a GPLN. Um importante subconjunto de vírus da nova VOP2 será submetido a sequenciamento completo do genoma para determinar se os locais de atenuação são mantidos por meio de transmissões subseqüentes nas comunidades em que a vacina foi usada. Todos os isolados de nVOP2 para os quais o número de mutações em VP1 seja ≥ 6 nucleotídeos podem desencadear investigações, avaliação de risco e achados a serem compartilhados entre todas as partes interessadas (por exemplo, equipes regionais de resposta à poliomielite, ORPG, SG, GPLN etc.) para descobrir o caminho a seguir.

A investigação de WPV (em um país não endêmico) e outros isolados de poliovírus deve levar em conta uma possível liberação a partir de um

⁶ Ver *Formulário detalhado de investigação de caso epidemiológico*. Orientação GPEI. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; 2011 (ver documento na biblioteca GPEI <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, acessado em 15 de novembro de 2021)

⁷ Devem ser desenvolvidas durante a preparação para surtos e o planejamento da resposta as ferramentas específicas do país necessárias para investigar uma detecção de poliovírus. Uma equipe nacional para conduzir a investigação deve ser treinada como desenvolvimento de capacidade principal para implementação do RSI ou da Vigilância e Resposta Integrada de Doenças (IDSR).

laboratório ou outra instalação,⁸ ou a importação (por exemplo, por um viajante que chega), principalmente quando o sequenciamento genético para determinar a origem ainda estiver pendente.

3. Descrever as características da comunidade de qualquer isolado detectado, independentemente da fonte

As informações descritas a seguir devem ser coletadas após a detecção de poliovírus em uma comunidade previamente não infectada. Para toda detecção subsequente na mesma área, concentrar-se em atualizações significativas das informações gerais coletadas anteriormente.

Imunidade da população

- Desenvolver um perfil de imunidade com base nas informações disponíveis, tais como estado de vacinação tipo-específica de casos de PFA não poliomielite, dados de cobertura de vacinação de rotina e SIA e enquetes de imunização comunitária.
- Determinar as características de crianças não vacinadas e parcialmente vacinadas, das populações de alto risco ou especiais e buscar detalhes do comportamento de busca de saúde.
- Para isolados do tipo 2, fazer uma distinção cuidadosa entre a imunidade ao poliovírus tipo 2 em comparação com os poliovírus tipos 1 e 3, e prestar atenção especial às coortes de bebês nascidos desde a troca ou desde o último uso da VOP contendo tipo 2.
- Estimar a população virgem da vacina oral contra a poliomielite ou protegida apenas pela vacina inativada contra a

poliomielite (VIP) para o poliovírus tipo 2. Coletar evidências epidemiológicas de quaisquer detecções anteriores de poliovírus (WPV ou VDPV) nas comunidades afetadas ou vizinhas.

- Analisar a incidência de doenças transmissíveis documentadas e os padrões de transmissão, incluindo doenças imunopreveníveis, prestando atenção especial às doenças com transmissão fecal-oral, tais como cólera e diarreia sanguinolenta aguda.

Desempenho recente da SIA

- Usar indicadores de cobertura de imunização, monitoramento independente (IM) e amostragem de garantia de qualidade do lote (LQAS) da SIAs recentes para definir o seguinte: i) número e características (incluindo sexo) de crianças não vacinadas; ii) razões para crianças não vacinadas; e iii) quaisquer intervenções que funcionaram para alcançar com sucesso as crianças não vacinadas.
- Para todo poliovírus tipo 2, além de informações sobre toda detecção pós-troca de Sabin 2 ou VDPV2 anterior, coletar detalhes adicionais sobre o último uso conhecido de tVOP, mVOP2 ou nova VOP2; qualidade do gerenciamento da vacina contendo tipo 2 e medidas adotadas para procurar quaisquer frascos de tVOP, mVOP2 ou nVOP2 restantes.

Características da população, rotas de movimento e migração

- Obter uma visão geral da população afetada, incluindo informações sobre densidade populacional, estrutura e redes sociais, presença de residentes minoritários ou não locais e

⁸ Ver *Gestão de saúde pública da exposição a poliovírus vivos relacionada a estabelecimentos: Orientação provisória sobre o manejo de pessoas expostas em países que hospedam instalações que mantêm poliovírus vivos* na biblioteca do site GPEI, <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, acessado em 15 de novembro de 2021 (em inglês).

conscientização da comunidade sobre poliomielite e imunização.

- Destacar quaisquer restrições de segurança e acesso.
- Tomar nota dos principais movimentos populacionais devido à migração econômica, sazonal ou nômade, peregrinação religiosa, insegurança ou desastre natural.

Mapeamento e determinantes sociais da comunidade

- Usar fontes formais ou informais para obter uma compreensão da prática de imunização e aceitação da vacina na comunidade, incluindo barreiras à imunização relacionadas ao gênero (por meio de análise rápida de gênero).
- Reunir informações gerais sobre o alcance da mídia, de influenciadores da comunidade e de grupos sociais e linguísticos relevantes.

Parte B: Determinação da extensão geográfica da transmissão

4. Busca comunitária por casos adicionais de PFA e evidência de transmissão do vírus

Assim que um poliovírus for detectado de qualquer fonte, são necessárias etapas adicionais para determinar a extensão geográfica da possível transmissão. Essas atividades podem incluir análise dos dados de vigilância, investigação de contatos de PFA, outros na comunidade e unidades de saúde que utilizam estratégias que geralmente fazem parte da vigilância de rotina do poliovírus, mas também são úteis em circunstâncias específicas após a confirmação de um poliovírus (ver também a Seção 8 sobre vigilância de rotina aprimorada).

Dados de vigilância

- Conduzir uma análise aprofundada da vigilância da poliomielite em todo o país (e áreas limítrofes dos países vizinhos, se aplicável) para averiguar o risco e determinar a qualidade e a sensibilidade do sistema de vigilância atual, com foco especial nas áreas infectadas e limítrofes da poliomielite.
- Incluir uma análise dos indicadores de vigilância de PFA no nível administrativo aplicável mais baixo, incluindo (mas não exclusivamente) a detecção de PFA, a adequação das fezes e o perfil de imunização em crianças de 6 a 59 meses com PFA não poliomielite (NPPFA) desagregado por sexo, nos últimos três a cinco anos.
- Compreender e mapear as áreas inacessíveis e as populações de alto risco para garantir que não haja pontos cegos no sistema de vigilância.
- Levar em consideração as evidências de implementação de recomendações para fortalecimento da vigilância de programas recentes ou análises de vigilância.

Investigações adicionais na comunidade e nas unidades de saúde requerem tempo e recursos intensivos e, portanto, exigem estreita coordenação com colegas de vigilância e de laboratório relevantes na preparação para quaisquer requisitos de pico de demanda. Salvo indicação em contrário, as estratégias a seguir só devem ser implementadas como parte da investigação de campo após a detecção de um novo caso de VDPV não classificado ou de uma amostra ambiental recentemente positiva (VDPV ou WPV) em uma área que não teve transmissão documentada nos últimos 12 meses.

As estratégias de investigação possivelmente relevantes incluem:

- **A amostragem de contato de PFA** (também conhecida como amostragem de contato direto e amostragem de contato próximo) geralmente é realizada quando um caso de PFA tem amostras de fezes inadequadas para confirmação laboratorial do poliovírus: A amostragem de contato de PFA é usada para fornecer evidências laboratoriais de poliovírus em um caso de PFA. Os indivíduos em contato com casos de PFA têm maior probabilidade de infecção assintomática e excreção de vírus do que as pessoas que não tiveram contato. A coleta de amostras de fezes de contatos de casos de PFA fornece uma abordagem adicional para determinar se o poliovírus é a causa da paralisia em um caso de PFA. Os resultados laboratoriais positivos de amostras de contatos são usados para confirmar a infecção por poliovírus em um caso de PFA que não foi confirmado laboratorialmente. A amostragem de contatos de PFA não deve ser realizada nos casos de poliovírus confirmados em laboratório. A amostragem de contato direto não fornece evidências de transmissão comunitária.

Em circunstâncias específicas durante um surto de poliovírus, a amostragem de contatos de PFA pode ser expandida para todos os casos de PFA por um período limitado. Os exemplos incluem casos de PFA fora da zona de surto para detectar transmissão adicional ou casos de PFA dentro de uma área de segurança comprometida, em risco ou de difícil acesso, de modo a aproveitar as oportunidades limitadas de se alcançar essa comunidade. As decisões sobre a expansão devem ser tomadas em nível

nacional com colegas de laboratório. Ver o auxílio de trabalho de amostragem de contatos de PFA⁹ e o site da GPEI para obter mais informações sobre o processo de amostragem e a rotulagem de amostras.

A amostragem direcionada de fezes de crianças saudáveis (também conhecida como amostragem de crianças saudáveis, amostragem de contatos na comunidade, amostragem de fezes da comunidade ou amostragem de fezes de crianças assintomáticas) deve ser realizada após um novo isolamento de VDPV quando a transmissão comunitária não for confirmada. A decisão de realizar a amostragem direcionada de fezes de crianças saudáveis deve ser feita em estreita coordenação com as equipes nacionais de vigilância e laboratório. Recomenda-se coletar e testar laboratorialmente uma amostra de fezes de cada 1 das 20 crianças assintomáticas (ou seja, crianças sem PFA), para determinar se o poliovírus está presente e, portanto, a transmissão na comunidade.

Se já houver evidência de transmissão em toda a comunidade, não devem ser realizadas amostragens direcionadas de fezes de crianças saudáveis. As crianças (< 5 anos, mas preferencialmente < 2 anos) sem evidência de PFA e que não tiveram contato com o caso de PFA na semana anterior ou nas duas semanas após o início da paralisia devem ser direcionadas para coleta de amostras. O objetivo é identificar crianças que residem na mesma comunidade, mas não são contatos próximos.

Qualquer decisão de fazer uma amostragem direcionada de fezes de

⁹ Ver: Auxílio de trabalho (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021)

crianças saudáveis deve ser tomada em nível nacional em consulta com colegas de laboratório. Ver o auxílio de trabalho de amostragem de contatos de PFA¹⁰ e o site da GPEI para obter mais informações sobre o processo de amostragem e rotulagem de amostras.

Busca domiciliar na comunidade

Para toda área com uma amostra de VDPV ou de vigilância ambiental (ES) detectada recentemente, uma busca de casa em casa para identificar qualquer pessoa com início súbito de fraqueza ou paralisia em um ou mais membros nos últimos 60 dias pode ajudar a determinar se há alguma transmissão comunitária adicional. O número de domicílios a visitar dependerá da densidade populacional local e de outros fatores de risco. Devem ser utilizados os mecanismos existentes (se disponíveis) de vigilância baseada na comunidade na busca domiciliar. As autoridades nacionais e/ou os órgãos consultivos de especialistas técnicos da GPEI podem fornecer mais orientações.

Pesquisa na unidade de saúde local

Realizar pesquisas retrospectivas

de casos nas unidades de saúde (curandeiros formais, informais e tradicionais) e documentar os achados. Incluir análises de registros de pelo menos seis meses para casos de PFA não detectados/não notificados; e investigar os casos de PFA não notificados. Avaliar o conhecimento dos médicos sobre vigilância de PFA e o desempenho e as capacidades de imunização contra a poliomielite, além de fornecer sensibilização conforme necessário. Completar uma busca de frascos de tVOP, mVOP2 ou nVOP2 quando relevante.

Outros contatos comunitários: como parte da busca de quaisquer casos de PFA, inclusive durante a busca domiciliar, os investigadores devem envolver os líderes locais e os influenciadores da comunidade e sensibilizá-los para a definição de caso de PFA e a importância de se notificar precocemente a PFA. Se já existirem mecanismos de vigilância na comunidade, os investigadores devem entrevistar os informantes da comunidade para saber de quaisquer possíveis casos de PFA não notificados.

¹⁰ Ver: *Uso de amostragem de contatos de PFA e amostragem direcionada de fezes de crianças saudáveis: Auxílio de trabalho GPEI*. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite 2019. (ver documento na biblioteca GPEI <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, acessado em 15 de novembro de 2021)

4 AVALIAÇÃO DE RISCO

AVALIAÇÃO DE RISCO INICIAL

O isolamento de um poliovírus em uma área anteriormente não infectada representa um evento ou surto que exige que as autoridades nacionais realizem uma avaliação de risco imediata para orientar o tipo e a escala da resposta. O objetivo da avaliação de risco é analisar as características virológicas e epidemiológicas do vírus, evento ou surto recém-detectado e determinar o nível de risco de disseminação local ou internacional como alto, médio ou baixo.

A avaliação de risco é apresentada pelas autoridades nacionais/equipe de erradicação da poliomielite do país às equipes regionais de resposta à poliomielite e ORPG dentro de 72 horas após o recebimento de um resultado de sequenciamento genético ou confirmação de surto. A avaliação analisa os fatores fundamentais, bem como as informações da investigação de campo que influenciarão o tipo e a escala da resposta, permitindo que a GPEI recomende ações apropriadas.

Uma avaliação de risco aborda três elementos de risco: risco virológico, contextual e de transmissão internacional (ver a Tabela 2).

Risco virológico

Com base na experiência, desde que a disseminação internacional da poliomielite foi declarada uma ESPII, em comparação

com os outros dois tipos de poliomielite, os surtos de cVDPV2 são o maior risco de se tornarem persistentes, caso se disseminem internacionalmente e não sejam controlados em 120 dias. Isso se deve à ausência de imunidade da mucosa intestinal da população em muitos países e muitas faixas etárias e à maior propensão do vírus Sabin tipo 2 de reverter para VDPV2. Da mesma forma, um surto de WPV2 devido a uma violação de contenção seria um risco muito alto, especialmente em áreas com saneamento precário e baixa cobertura de VIP.

Por definição, dois VDPVs geneticamente ligados são necessários para classificar o vírus como circulante, de modo que o primeiro vírus detectado possa ser classificado inicialmente como um aVDPV. No entanto, atualmente, uma única nova detecção de VDPV2 também pode sinalizar alto risco de transmissão adicional e um surto de cVDPV2, dependendo do contexto local. O risco é maior se o isolamento do VDPV2 ocorrer em uma área previamente não infectada e sem vacinação tipo 2 nos últimos seis meses; além disso, quanto maior a divergência genética do Sabin tipo 2, maior é o risco de surto. Por outro lado, um novo VDPV2 com menos alterações de nucleotídeos em uma área com uso recente de VOP2 Sabin constitui um risco bem menor de circulação. Uma análise de dados recente¹¹ indica que quase 90% do VDPV2 detectado em casos de PFA desde a troca tVOP – bVOP (2016) passou a circular

¹¹ Presentation: GPEI Cessation Risk Task Team (CRTT) modelling groups (2021, April 16), quarterly meeting of the GPEI CRTT (virtual by MS Teams)

e foi classificado posteriormente como cVDPV2. Essa proporção aumentou para 97% se a detecção de VDPV foi há mais de seis meses após o último uso de VOP tipo 2. Entre os VDPVs detectados pela vigilância ambiental, 40% mostraram-se circulantes posteriormente, e isso aumentou para 89% se a detecção ocorreu há mais de seis meses do último uso da VOP tipo 2. O isolamento de novos VDPV em áreas com inacessibilidade conhecida para vacinação e vigilância abaixo do ideal também representa alto risco de transmissão adicional, de disseminação geográfica e de transmissão local não detectada.

O risco geral de surgimento e transmissão de VDPV1 e VDPV3 é bem menor do que para o tipo 2, e está principalmente relacionado à cobertura de imunização de bVOP. Desde 2016, os surtos devidos a cVDPV1 e cVDPV3 têm sido principalmente pequenos e localizados. No entanto, a disseminação internacional do VDPV1 foi detectada entre a Malásia e as Filipinas em 2019. O WPV1, o último poliovírus selvagem a ser erradicado, também é um vírus de alto risco, capaz de se espalhar a longa distância. No entanto, dada a maior imunidade intestinal da população devido ao uso de bVOP na imunização de rotina e SIAs, o risco está relacionado diretamente à cobertura vacinal nas populações afetadas. A infecção por WPV3 como resultado de uma violação de contenção apresentaria um risco semelhante.

Todos os isolamentos de vírus tipo 2 requerem atenção especial ao se realizar uma avaliação de risco e determinar o tipo e a escala da resposta. Após a remoção global da VOP contendo tipo 2 dos programas de imunização de rotina, em abril e maio de 2016, há um risco crescente de disseminação bem rápida do vírus

associado ao declínio da imunidade da mucosa em crianças.

Todas as detecções de poliovírus tipo 2 (VDPV2 ou WPV2) requerem consulta com as equipes regionais de resposta à poliomielite e serão consideradas pelo Grupo Consultivo de VOP2 Sabin/Grupo de Liberação da nVOP2 do ORPG, para analisar a avaliação de risco e averiguar a necessidade de uma possível resposta de vacinação com uma vacina oral tipo 2 contra a poliomielite.

A detecção de vírus tipo 2 Sabin ou Sabin-like em uma área em que a VOP2 Sabin não foi usada nos quatro meses anteriores é notificável de acordo com o RSI. Tal achado pode refletir o uso contínuo e/ou não autorizado de tVOP ou VOP2 Sabin monovalente, pois as crianças vacinadas com VOP continuam a transmitir o vírus Sabin por aproximadamente três meses. Por essa razão, a detecção de vírus Sabin tipo 2 ou Sabin-like de qualquer fonte nos quatro meses ou mais após o último uso da VOP2 Sabin requer uma investigação, uma avaliação de risco e a notificação do RSI à OMS.

Uma avaliação inicial de risco e investigação também devem ser iniciadas para um isolado de poliovírus tipo 2 pendente para sequenciamento genético (PV2) em laboratório, proveniente de uma área que não implementou nenhuma rodada de VOP2 nos últimos seis meses, especialmente se houver também outros fatores de risco epidemiológicos.

Se o vírus da nova VOP2 for detectado (em humanos ou no ambiente) em uma área que nunca implementou uma rodada de vacinação usando a nova VOP2 nem implementou qualquer rodada por mais de quatro meses antes do isolamento do vírus da nova VOP2, uma investigação e

uma avaliação de risco devem ser iniciadas para determinar a fonte. O programa do país deve compartilhar imediatamente os resultados com as equipes regionais de resposta à poliomielite e resposta a surtos e o ORPG.

Risco contextual

Foi fornecido um resumo detalhado dos elementos para ajudar os países a preparar uma avaliação de risco robusta, juntamente com recursos e ferramentas adicionais (ver Anexo 1: Visão geral da avaliação de risco para orientação detalhada), mas deve incluir:

- Análise quantitativa e qualitativa detalhada e mapeamento do movimento populacional (por exemplo: comércio, migração, deslocamento e rotas de viagem e migração, tais como estradas, lagos e rios).
- Quantificação de populações especiais de alto risco ou de difícil acesso (por

exemplo: inacessibilidade geográfica ou cultural, áreas de insegurança, recusa de vacinas e eventos sentinela).

- Modelagem da imunidade da população ao tipo de poliovírus do surto/evento relevante.
- Avaliação detalhada de todos os indicadores de vigilância em nível subnacional.
- Mapeamento com sistema de informação geográfica (SIG), com ênfase em populações de alto risco, áreas urbanas, áreas de fronteira e regiões de difícil acesso por qualquer motivo.

Entidades como a Organização Internacional para Migrações, o Escritório das Nações Unidas para Coordenação de Assuntos Humanitários e o Programa de Emergências em Saúde da OMS podem fornecer informações essenciais sobre migração populacional e insegurança.

Tabela 2 – Elementos para avaliar o risco de transmissão adicional do poliovírus que orientarão o planejamento da resposta

Elemento de risco	Amostra de fatores de risco considerados (não completa)
Risco virológico¹	Alto grau de desvio genético do vírus da vacina original, número e natureza das alterações de nucleotídeos e interpretação especializada por virologistas etc.
Risco contextual	Deteção recente de poliovírus ou outros eventos sentinela, sensibilidade do sistema de vigilância de PFA, alta densidade populacional, baixa cobertura de imunização e imunidade populacional, acesso geográfico, conflitos, populações inacessíveis ou de difícil acesso e movimentos populacionais etc.
Risco de transmissão internacional	Área de fronteira com alta mobilidade populacional, populações nômades ou refugiadas, conflito transfronteiriço e rotas de viagens internacionais etc.

¹ Risco virológico considerado alto para qualquer WPV ou cVDPV.

Risco de disseminação internacional

O risco de disseminação internacional deve ser levado em conta em conjunto com o risco virológico e contextual, especialmente se a área afetada por surto ou evento de alto risco estiver na fronteira com outro país ou tiver ligações demográficas com outras áreas além das fronteiras internacionais (ex.:

mobilidade da população transfronteiriça, rotas de viagens internacionais etc.). Em tais situações, é importante iniciar a necessária coordenação transfronteiriça no desenvolvimento e na implementação de planos de resposta conjuntos e complementares com sincronização viável de atividades.

INCLUSÃO DE EVENTOS SENTINELA NA AVALIAÇÃO DE RISCO

Um evento sentinela é uma informação ou ocorrência de qualquer natureza, relacionada ou não à poliomielite, que sugere que a comunidade ou área geográfica geral possa estar em risco de um surto de poliomielite. Os eventos sentinela podem incluir:

- Aparecimento de doença imunoprevenível (por exemplo: sarampo, difteria e/ou VDPV de qualquer tipo) que sugere baixo desempenho da imunização de rotina em geral (por exemplo: sarampo).
- Aparecimento de uma doença com o modo de transmissão pessoa a pessoa semelhante ao da poliomielite.
- Deslocamento rápido ou movimento contínuo de comunidades subimunizadas.

- Detecção do vírus da vacina da poliomielite tipo 2 de uma fonte biológica ou ambiental na ausência de uso da VOP2.
- Descoberta de frascos de tVOP, VOP2 Sabin monovalente ou nova VOP2 na comunidade.

As comunidades ou as áreas administrativas com eventos sentinela devem ser incluídas na investigação e na avaliação de risco.

AVALIAÇÃO DE RISCO CONTÍNUA

Após a investigação e a avaliação de risco iniciais, as autoridades nacionais devem continuar a coletar informações detalhadas para atualizar a análise da situação e a avaliação de risco (ou seja, os resultados das investigações laboratoriais, informações detalhadas sobre as comunidades afetadas etc.).

5 PADRÕES DE RESPOSTA – VISÃO GERAL

O escopo da resposta a um evento ou surto detectado será determinado pelo tipo e pela classificação do poliovírus e pela avaliação de risco. O ponto-chave para uma resposta bem-sucedida e para a interrupção da transmissão está na adaptação das estratégias à medida que a situação evolui ao longo da investigação e resposta.

PADRÕES MÍNIMOS DE RESPOSTA PARA EVENTOS E SURTOS DE POLIOVÍRUS

A notificação de um novo poliovírus, ou a disseminação do poliovírus para uma nova área geográfica ou população, exige que as autoridades nacionais e os parceiros da GPEI estejam fortemente envolvidos e iniciem rapidamente os seguintes elementos:

- 1. Declaração imediata do surto/evento de alto risco como emergência pelo governo nacional.** Isso atua como um gatilho muito importante em todas as etapas subsequentes, ajudando a garantir uma abordagem totalmente comprometida de “todo o governo”. A mais alta liderança estratégica da GPEI (Comitê de Estratégia), bem como os diretores regionais das regiões da OMS e do UNICEF em questão, também coordenarão o fornecimento de apoio e defesa necessários para uma resposta oportuna e efetiva ao surto.
- 2. Investigação detalhada e avaliação de risco.** Os detalhes sobre a investigação e a avaliação de risco foram discutidos nos Capítulos 3 e 4.
- 3. A vigilância aprimorada** para aumentar a sensibilidade e a confiança de que toda transmissão contínua de poliovírus de pessoa para pessoa será detectada rapidamente (ver investigação, nos Capítulos 5 e 8).
- 4. Planejamento de uma resposta de vacinação.** Coordenação robusta, planejamento, orçamento, envolvimento da comunidade e monitoramento estão habilitando as funções centrais para uma resposta bem-sucedida. A comunicação de risco e os esforços de mobilização social devem ser adaptados ao contexto do evento ou surto e apoiar o aprimoramento da vigilância, as atividades de resposta de vacinação e a imunização de rotina. Para todas as respostas de emergência à poliomielite, é necessário monitorar e relatar todas as intervenções e melhorias na vigilância, vacinação e comunicação.
- 5. Escopo da vacinação.** O escopo das campanhas de vacinação varia de acordo com a avaliação de risco. Todas as emergências de poliomielite com transmissão local, sejam VDPV ou WPV, devem preferencialmente ter uma resposta de vacinação com uma VOP específica do tipo apropriado dentro de 14 dias da notificação laboratorial (mais

detalhes na seção sobre a resposta de vacinação). Em algumas circunstâncias, uma emergência de poliomielite sem transmissão local comprovada pode exigir uma resposta de vacinação, com base na avaliação de risco.

O isolamento de um iVDPV requer uma avaliação cuidadosa para garantir que todos os membros da família e os contatos próximos da comunidade sejam imunizados com VIP. As SIAs em larga escala não são necessárias, a menos que seja estabelecida a circulação na comunidade. Um portador de iVDPV deve receber terapia apropriada para sua síndrome de imunodeficiência subjacente e o tratamento antipoliiovírus ideal, quando disponível.

6. Definição e planejamento de uma resposta de alta qualidade a surtos.

Uma resposta abrangente ao surto deve ser capaz de interromper o surto de poliomielite no prazo de 120 dias após a notificação e inclui investigação, vigilância e vacinação, todas apoiadas por atividades de comunicação e mobilização social, incluindo coordenação transfronteiriça entre países. Atividades coordenadas e de alta qualidade garantirão a confiança na capacidade do país de detectar rapidamente qualquer circulação de poliovírus e interromper a transmissão por meio da vacinação. Para vigilância, é necessário monitorar cuidadosamente tanto o processo (por exemplo: taxas de notificação de PFA, desempenho laboratorial) quanto os desfechos (por exemplo: detecção precoce do vírus por meio de todas as estratégias de vigilância em populações especiais de alto risco).

CLASSIFICAÇÃO DO SURTO

Todos os surtos de poliomielite e, em alguns casos, os eventos de alto risco devem ser classificados pelo escritório regional da OMS relevante, de acordo com o Esquema de Resposta a Emergências de Saúde¹².

A classificação é um procedimento que desencadeia políticas de resposta a surtos na OMS e no país ou países afetados. A classificação indicará o nível de risco e determinará as ações necessárias para manejo do evento ou surto de poliovírus no contexto do país. Ver o Capítulo 9 para ampliação da resposta a surtos e informações detalhadas sobre o apoio da GPEI de acordo com a classificação.

O objetivo da classificação é:

- Orientar todos os parceiros sobre a natureza do evento ou surto, a resposta necessária e a necessidade de mobilização de recursos internos e externos.
- Ativar mecanismos de resposta da GPEI.
- Alertar o governo local e os parceiros da GPEI em todos os níveis para mobilizar recursos para apoio, incluindo recursos humanos imediatos.

Idealmente, o surto deve ser classificado nos primeiros três dias de sua detecção (Dia 0). O grau 1 é atribuído a surtos que podem ser gerenciados no país, e o grau 2 àqueles que requerem apoio regional substancial e/ou apoio técnico da Sede da OMS. As emergências de grau 3 são globais em extensão ou envolvem várias regiões. Uma classificação é válida por três a seis meses, durante a primeira fase de resposta ao surto, e deve ser analisada

¹² Ver *Esquema de Resposta a Emergências (ERF)*. Organização Mundial da Saúde; 2017 (<https://www.who.int/publications/item/9789241512299>, pg. 28, acessado em 15 de novembro de 2021).

com as novas informações e/ou conforme as atividades de resposta progridem.

Os critérios usados para classificar os surtos incluem: 1) o potencial de transmissão dentro do país e para além das fronteiras nacionais com base na avaliação de risco (risco virológico, contextual, de disseminação internacional); e 2) a força da capacidade do país de responder e conter o surto, incluindo a capacidade de gerenciamento de vacinas.

Dependendo das circunstâncias, a avaliação de risco pode incluir a discussão da urgência e complexidade do evento e o risco reputacional que ele pode gerar. A capacidade do país é uma avaliação subjetiva baseada na infraestrutura de saúde e nos problemas atuais de segurança ou acesso. A Figura 1 apresenta uma matriz de risco geral para classificação de um evento ou surto.

Figura 1 – Matriz de risco geral para classificar um evento ou surto

Capacidade de resposta do país			
Risco de transmissão local ou internacional	Forte	Moderado	Fraco
Baixo	Grau 1	Grau 1	Grau 2
Médio	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Alto	Grau 2	Grau 3	Grau 3

CRONOGRAMAS PADRÃO DA RESPOSTA A SURTOS

A Tabela 3 descreve as principais ações e cronogramas da resposta a eventos e surtos (ver no Anexo 2 uma lista detalhada do Dia 0 até o encerramento do surto). É essencial estabelecer rapidamente mecanismos de coordenação entre países e parceiros da GPEI em todos os níveis,

incluindo RRT/IMST, OMS e escritórios regionais do UNICEF, bem como o OPRG. Isso pode incluir chamadas multiníveis com escritórios sub-regionais de coordenação de surtos, escritórios regionais e parceiros globais. Após a consulta inicial, as operações são apoiadas pelo Grupo de Preparação e Resposta a Surtos da GPEI relevante, a fim de gerenciar a coordenação com todos os parceiros.

Tabela 3 – Principais etapas e cronogramas dos componentes fundamentais de resposta a eventos e surtos (desde o Dia 0, a menos que especificado)

Cronograma	Ações de resposta para todos os isolados
Dentro de 24 horas	<p>Iniciar a investigação</p> <hr/> <p>O país e cada agência parceira deve iniciar consultas internas</p> <hr/> <p>O país deve notificar a OMS por meio do RSI</p> <p>O país deve notificar a OMS por meio do RSI</p> <p>O país deve notificar a OMS por meio do RSI</p>
Dentro de 48 horas	<p>Iniciar a coordenação de parceiros via ORPG</p>
Dentro de 72 horas	<p>Avaliação e classificação de risco</p> <hr/> <p>Solicitação de vacina ao Grupo Consultivo da VOP2 Sabin/grupo de liberação da nVOP2 do ORPG (se aplicável)</p> <hr/> <p>Iniciar o desenvolvimento do plano de resposta (vigilância, vacinação, mobilização social)</p> <hr/> <p>A GPEI deve coordenar e implantar uma equipe de resposta rápida, conforme necessário</p>
Dentro de 7 dias	<p>O governo nacional deve declarar o surto como Emergência Nacional de Saúde Pública</p>
Dentro de 14 dias	<p>Rodada de resposta rápida. Se não for implementado em 14 dias, passar para a SIA1</p>
<p>Dentro de 56 dias</p> <p>Monitoramento independente e resultados LQAS a serem compartilhados com as equipes regionais de resposta à poliomielite e ORPG dentro de 14 dias após o final de cada campanha</p>	<p>Primeira rodada de larga escala e segunda rodada de grande escala (<i>mop-up</i> (limpeza) a ser implementada de preferência dentro de 21 dias após o final da segunda rodada de grande escala)</p> <p>Avaliar a qualidade da imunização:</p> <p>Monitoramento independente</p> <p>LQAS</p>
Avaliações da resposta ao surto (OBRA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primeira avaliação dentro de três a quatro meses após a notificação do surto 2. Avaliações trimestrais de acompanhamento e análises documentais durante o curso do surto 3. Avaliação final após pelo menos seis meses sem detecção de poliovírus 4. Outras análises documentais/OBRAs em surtos prolongados, conforme apropriado

6 RESPOSTA DE VACINAÇÃO

O objetivo primário da resposta de vacinação é interromper rapidamente a transmissão do poliovírus de pessoa para pessoa e, portanto, proteger a população vulnerável. Tanto o momento oportuno quanto a qualidade da resposta de vacinação são extremamente importantes. Para realizar a interrupção do vírus, é necessária uma resposta imediata à vacinação em uma população e um escopo geográfico suficientemente grandes. A vacinação de alta qualidade protegerá os indivíduos da infecção pelo poliovírus e prevenirá futuros surtos se ocorrer a importação.

A vacina oral contra a poliomielite, apropriada para a cepa do poliovírus, induz a imunidade da mucosa intestinal e continua sendo a vacina de escolha para interromper a transmissão rapidamente e encerrar os surtos de poliomielite. A vacina mais apropriada é selecionada com apoio técnico da OMS e parceiros da GPEI.

VACINA ORAL CONTRA A POLIOMIELITE (VOP) PARA RESPOSTA A SURTOS

A vacina oral contra a poliomielite é a principal ferramenta de vacinação usada na luta para erradicar a poliomielite. Existem diferentes tipos de vacina oral contra poliovírus, que podem conter um ou uma combinação de dois ou todos os três tipos

de poliovírus atenuado. A vacinação com VOP permite que os indivíduos montem uma resposta imune contra o poliovírus. Todos os países que erradicaram a poliomielite usaram VOP para interromper a transmissão do vírus de pessoa para pessoa¹³.

VOP2 Sabin monovalente

Desde a remoção da VOP contendo tipo 2 da imunização de rotina em 2016, a resposta de vacinação aos surtos de cVDPV2 só podia ser implementada usando a VOP tipo 2 monovalente baseada em Sabin sob autorização do diretor-geral da OMS. A VOP2 Sabin monovalente, embora efetiva na interrupção da transmissão, tem risco de reversão para neurovirulência e, portanto, de semear novos surtos nas áreas com baixa cobertura de campanhas de vacinação.

VOP trivalente

Em 2020, o uso da VOP trivalente foi iniciado sob autorização do diretor-geral da OMS, na resposta a surtos simultâneos de cVDPV2 e de cVDPV1, cVDPV3 ou WPV1. A VOP trivalente é atualmente a vacina de escolha na resposta à cocirculação do poliovírus tipo 2 e outros tipos de poliovírus.

Nova VOP2

Depois de receber a aprovação da Lista de Uso de Emergência (EUL) em novembro de 2020, a primeira resposta de vacinação de surto com a nova VOP2 foi implementada em março de 2021. O SAGE endossou um esquema de priorização para vacinas tipo 2

¹³ <https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-vaccines/opv/>

na resposta a surtos de cVDPV2 com fases distintas claras [Fase A: recomendação pré-EUL, preparando-se para uso da nova VOP2; Fase B: uso inicial da VOP2 sob recomendação provisória de EUL; Fase C: uso mais amplo da nova VOP2 sob recomendação provisória de EUL; Fase D: nova VOP2 licenciada e pré-qualificada]. A nova VOP2 foi usada em seu “período de uso inicial” sob EUL de março a setembro de 2021. Em outubro de 2021, o SAGE endossou a transição da nova VOP2 para sua próxima fase de uso, com base em vários fatores, incluindo a análise independente de dados de segurança de campanhas realizadas na Nigéria, Libéria, Benin e Congo. Coletivamente, esses países usaram mais de 65 milhões de doses da nova VOP2 durante o “período de uso inicial”. Com a transição de seu período de uso inicial para um período mais amplo, a nova VOP2 será mais acessível na resposta a surtos quando o fornecimento permitir. É importante mencionar que a nova VOP2 será usada sob EUL até 2023, e todos os países que planejam usar a nova VOP2 precisam atender aos requisitos adicionais de prontidão antes do lançamento da vacina.

De acordo com a recomendação do SAGE, os países que enfrentam surtos de cVDPV2 devem evitar atrasos e priorizar uma resposta rápida e de alta qualidade a surtos de cVDPV2 com qualquer vacina oral contra a poliomielite que estiver disponível para eles. Além disso, todos os países em risco de surtos de cVDPV2 devem se preparar para atender aos critérios de uso da nova VOP2 e concluir as novas avaliações de prontidão programáticas da VOP2 necessárias. A nova VOP2 pode ser usada em campanhas de vacinação com

intervalo de quatro semanas em relação a outras campanhas de VOP (no período pré e pós-campanha). Não há limitação no tempo entre o uso de campanha da nova VOP2 e o uso rotineiro da VOP, bem como da VIP, sarampo e outras vacinas não poliomielite¹⁴.

VOP bivalente

Em todos os surtos de WPV1, cVDPV1 e cVDPV3 (sem qualquer surto simultâneo de poliovírus tipo 2), a bVOP continua sendo a vacina de escolha.

INÍCIO

Uma resposta de vacinação é necessária em todos os surtos de qualquer tipo (ou seja, selvagem ou VDPV, todos os tipos 1, 2 e 3) e em eventos de alto risco do tipo 2, como segue (ver definições no Capítulo 2):

- Evento de importação envolvendo cVDPV2, a menos que associado à viagem.
- Novo evento de emergência envolvendo VDPV2 em um humano.
- Novo evento de emergência envolvendo VDPV2 no ambiente mais fatores de risco adicionais (o vírus é altamente divergente > 12 nt, ou em áreas que implementaram SIAs de VOP2 há mais de seis meses, vigilância da poliomielite de baixa qualidade, presença de populações inacessíveis ou de difícil acesso e/ou presença de populações deslocadas ou altamente móveis).

Dados epidemiológicos desde 2016 mostraram que a detecção de qualquer cVDPV2, mesmo detecções únicas em novas áreas é evidência de transmissão contínua do poliovírus não detectada anteriormente, ou representa um alto

¹⁴ Ver: Departamento de IVB da OMS, reunião do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE), de 4 a 8 de outubro de 2021 (https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021).

risco de transmissão no futuro imediato. Portanto, as SIAs de VOP são necessárias após qualquer detecção de cVDPV2, mesmo em áreas onde a cobertura de vacinação de rotina/VIP relatada é alta¹⁵. Embora a VIP forneça proteção efetiva da imunidade humoral contra a paralisia individual, a imunidade da mucosa que ela fornece é insuficiente para interromper a transmissão de poliovírus.

Em uma única detecção ambiental de WPV1, sem evidência de transmissão, uma resposta de vacinação ainda pode ser necessária, se a cobertura de vacinação de rotina for geralmente baixa (< 90%) e/ou na presença de bolsões consideráveis de baixa cobertura de vacinação de rotina. Alternativamente, a vigilância intensificada, as atividades de vacinação de rotina aprimoradas (extensão de serviços, PIRI etc.) devem ser cogitadas, com foco especial em grupos populacionais móveis e de alto risco.

Para aVDPV1 e aVDPV3: não é recomendada uma resposta de imunização ampla em nível de comunidade; no entanto, após a detecção em uma fonte humana, uma resposta de vacinação limitada pode ser cogitada envolvendo a família e outros contatos próximos, como famílias vizinhas, companheiros de brincadeiras etc.

Eventos associados a estabelecimento de poliomielite (por exemplo: laboratório ou instalação de produção de vacinas); além do uso limitado da vacina contra a poliomielite para pessoas/casos expostos, domicílio/família e outros contatos próximos, não é recomendada uma

resposta de imunização. No entanto, se qualquer violação na contenção resultar em transmissão comunitária demonstrada, podem ser cogitadas as opções de resposta tipo-específicas mais amplas descritas nestes POPs, com base na investigação epidemiológica e na avaliação de risco. Há orientação disponível sobre como responder¹⁶. Um surto de WPV2 suspeito ou documentado deve ser manejado como para cVDPV2, ao passo que um surto de WPV3 deve ser manejado como para WPV1.

iVDPV: o isolamento de um iVDPV requer uma avaliação cuidadosa para garantir que todos os membros da família e contatos próximos da comunidade sejam imunizados com VIP. Não são necessárias SIAs em larga escala, a menos que seja estabelecida a circulação na comunidade. Um portador de iVDPV deve receber terapia apropriada para sua síndrome de imunodeficiência subjacente e o tratamento antipoliiovírus ideal, quando disponível.

MOMENTO OPORTUNO E ESCALA DAS ATIVIDADES DE IMUNIZAÇÃO

Uma estratégia de vacinação em quatro etapas é recomendada pela GPEI para surtos e eventos de alto risco para todos os tipos de poliovírus (tipos 1, 2 e 3) (ver Figura 2). As quatro etapas consistem em uma rodada de resposta rápida (RR), seguida por duas rodadas de grande escala (SIA1, SIA2) e uma rodada obrigatória de *mop-up* (limpeza) direcionada. Outras SIAs são justificadas se houver evidência

¹⁵ Kalkowska DA, Duintjer Tebbens RJ, Grotto I, Shulman L, Anis E, Wassilak SGF, Pallansch MA, Cochi SL, Thompson KM. Modeling options to manage population immunity and the impact of asymptomatic wild poliovirus transmission in Israel. *Journal of Infectious Diseases* 2015; 211(11):1800-1812

¹⁶ Ver: Gestão de saúde pública da exposição a poliovírus vivos relacionada a estabelecimentos (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/Public-Health-Management-of-Facility-related-Exposure-to-Live-Polioviruses-EN-20210520.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021)

de transmissão contínua, tais como por isolados/casos de escape de imunidade.

O objetivo dessa estratégia é garantir que:

- A resposta seja a mais oportuna e rápida possível.
- Pelo menos duas rodadas de grande escala de alta qualidade sejam implementadas.
- Revacinação de todas as áreas em que a qualidade era insuficiente.

Para resposta ao tipo 2, deve ser feita a remoção de todos as VOP2 Sabin (mVOP2/tVOP) ou novas VOP2 do campo o mais rápido possível (mais detalhes/cronogramas estão disponíveis nos documentos de orientação de gerenciamento de vacinas relevantes).

Campanha de vacinação de resposta rápida (RR)

Para um surto ou evento de alto risco, uma campanha de vacinação RR é a primeira resposta de vacinação. Deve começar no dia 14 e ter como alvo a área imediata do isolamento do vírus, para interromper rapidamente a transmissão, mesmo que a fonte permaneça desconhecida.

Se a resposta rápida não puder ser iniciada dentro de duas semanas, deve-se cogitar prosseguir diretamente para a SIA1 com escopo e população-alvo adequados. Essa decisão deve ser tomada em consulta com as equipes regionais de resposta à poliomielite.

Se as informações genéticas disponíveis e a investigação de campo detalhada indicarem a possibilidade de que a transmissão do poliovírus esteja em andamento por um longo período e/ou provavelmente tenha se espalhado para além do local de detecção no momento da notificação, não é necessária uma resposta rápida em pequena escala. Em tais situações, o foco deve estar na preparação e implementação

de uma SIA1 de boa qualidade e com escopo adequado o mais rápido possível.

SIA 1 e SIA 2

Duas campanhas de vacinação em larga escala de alta qualidade (> 90% das crianças vacinadas) devem ser realizadas, de preferência até o dia 42 e o mais tardar até o dia 56 da notificação do surto. A resposta será adaptada ao tipo de vírus e ao contexto local. A duração da campanha da SIA1 e SIA2 deve ser de quatro dias, mas pode ser estendida até sete dias com base em necessidades prementes no contexto local ou para esforços adicionais, tais como o envio de pessoal e supervisores adicionais, para concluir a campanha e alcançar crianças não vacinadas em áreas de baixo desempenho, conforme identificado pelo monitoramento intracampanha ou pelas observações dos supervisores.

Rodada de *mop-up* (limpeza)

Uma rodada de *mop-up* (limpeza) é necessária como etapa adicional sempre que o monitoramento sugerir, se houver crianças que deixaram de ser vacinadas em certos distritos ou áreas de saúde, para garantir a interrupção da transmissão (mesmo na ausência de novas detecções de poliovírus). As informações para orientar a seleção de distritos para *mop-up* (limpeza) completa podem incluir: monitoramento intracampanha, monitoramento independente, relatos de testemunhas oculares e verificações pontuais, LQAS, enquetes pós-campanha ou novos eventos, tais como movimentos populacionais e casos de escape de imunidade. Uma rodada de *mop-up* (limpeza) deve ser incluída no plano inicial de resposta ao surto, adequadamente dimensionada e implementada após a SIA2, e somente cancelada se TODAS as áreas de saúde comprovarem implementação

e cobertura vacinal de alta qualidade. De preferência, uma *mop-up* (limpeza) deve ser implementada dentro de três semanas após o término da SIA2, para obter o máximo benefício e aumentar a imunidade da população no menor tempo possível.

Transmissão de escape de imunidade e necessidade de SIAs adicionais

Todo WPV ou cVDPV detectado em um caso de PFA, criança saudável ou amostra ambiental com data de início da paralisia (para casos de PFA) ou data da coleta da amostra (para criança saudável ou amostra ambiental) há mais de 21 dias após o primeiro dia da última SIA, em uma área em que pelo menos duas SIAs foram implementadas, é evidência de transmissão por escape de imunidade. Onde houver um alto risco de circulação contínua, um limite mais curto de 14 dias em vez de 21 pode ser usado para desencadear uma SIA adicional. As situações de alto risco incluem, por exemplo, onde houver inacessibilidade ou evidência de baixa qualidade da SIA durante a resposta a surtos ou lacunas no desempenho da vigilância. A decisão de realizar quaisquer SIAs adicionais será tomada em conjunto pelo escritório regional da OMS, outros parceiros da GPEI e as autoridades locais de saúde pública.

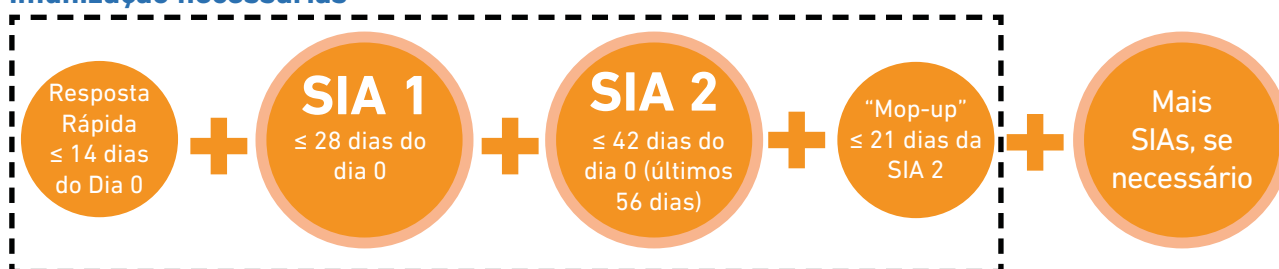
A transmissão por escape de imunidade indica qualidade inadequada das SIAs e uma falha na interrupção da transmissão

do poliovírus, necessitando de rodadas de vacinação adicionais. O programa nacional de poliomielite deve realizar uma investigação de campo completa e uma avaliação de risco em toda transmissão por escape de imunidade, incluindo qualquer evolução na epidemiologia, na qualidade das SIAs, na sensibilidade e qualidade da vigilância da poliomielite e em quaisquer outros fatores locais notáveis. Os resultados da investigação e da avaliação de risco devem ser utilizados para decidir o curso da resposta ao surto, incluindo o escopo das SIAs adicionais. A evidência de escape de imunidade requer uma resposta de vacinação obrigatória; no entanto, a ausência de escape de imunidade não elimina necessariamente a necessidade de mais vacinação.

Se a qualidade for claramente inadequada em uma grande área geográfica (com base nas modalidades de monitoramento de campanha por exemplo enquetes, LQAS, verificações pontuais etc.), se forem identificados isolados de escape de imunidade ou se o surto continuar a se espalhar para áreas não vacinadas, devem ser cogitadas e planejadas SIAs adicionais. Duas campanhas devem ser concluídas após o último vírus detectado.

Uma rodada de *mop-up* (limpeza) de alta qualidade pode ser cogitada como uma dessas campanhas, se a área do vírus detectado for coberta duas vezes.

Figura 2 – Representação visual do momento oportuno e da escala das atividades de imunização necessárias



População-alvo

As rodadas de resposta rápida geralmente devem atingir um mínimo de 100 mil e um máximo de 400 mil crianças (decisão final a ser tomada com base na população-alvo da zona do surto e na capacidade do país). A SIA1 e a SIA2 normalmente devem visar 1 a 2 milhões de crianças para cVDPV/ WPV tipo 1 e tipo 3, mas devido ao maior risco de disseminação do tipo 2, os eventos ou surtos do tipo 2 devem normalmente atingir 2 a 4 milhões de crianças.

É possível cogitar aumento ainda maior do escopo, em áreas densamente povoadas, ou se houver evidência ou risco de extensa circulação (por exemplo, população do surto bem conectada a uma grande área urbana). O escopo geográfico da resposta é avaliado caso a caso por meio de uma avaliação de risco detalhada, orientada por discussão com especialistas técnicos (ou seja, epidemiologistas, virologistas e especialistas do país), para garantir que todas as zonas de alto risco sejam alcançadas, incluindo zonas de países vizinhos, se necessário.

Os dados e a modelagem disponíveis indicam que para VDPV2 há uma probabilidade de aumento semanal de 12% no tamanho do surto, e aumento semanal de 5% na probabilidade de disseminação se uma resposta imediata à vacinação não for implementada¹⁷. Em média, o atraso de um mês na implementação da resposta de vacinação pode exigir aumento de 35% no escopo/população-alvo¹⁸. Portanto, deve-se considerar a probabilidade de propagação da infecção se houver atrasos na implementação da resposta de vacinação,

ao se decidir sobre o escopo e a população-alvo. Atrasos significativos na notificação de surtos e na implementação da resposta de vacinação exigem rodadas de vacinação com escopo maior para interromper a transmissão. Isso é particularmente verdadeiro nos surtos de poliovírus tipo 2 e em eventos de alto risco, dada a diminuição contínua da imunidade da mucosa da população. Em países com boa água e saneamento, a decisão sobre o escopo, a população-alvo e a escolha da vacina devem levar em conta o contexto local e os resultados da investigação epidemiológica.

A população-alvo deve estar dentro da capacidade do programa para se atingir alta cobertura. Dependendo do contexto e da capacidade local, pode ser cogitado o faseamento das campanhas para garantir a qualidade em cada região geográfica e demográfica coberta.

Faixa etária-alvo

O alvo das SIAs são crianças com menos de 5 anos de idade. Uma faixa etária expandida (até 10 ou 15 anos, ou toda a população, dependendo do contexto local) deve ser cogitada se houver evidência significativa de circulação do vírus entre as faixas etárias mais velhas. Nos surtos de poliovírus tipo 2 e em eventos de alto risco, o lapso de tempo desde a troca tVOP-bVOP pode ser levado em conta ao se decidir a faixa etária-alvo.

Campanhas de curto intervalo

O intervalo entre as rodadas da SIA que utilizam a VOP Sabin pode ser tão curto quanto uma semana; isso se aplica independentemente do tipo de VOP Sabin usada. Por exemplo, uma campanha de

¹⁷ Alexander G Shaw, Laura V Cooper, Nicky Gumedde, Ananda S Bandyopadhyay, Nicholas C Grassly, Isobel M Blake, Time Taken to Detect and Respond to Polio Outbreaks in Africa and the Potential Impact of Direct Molecular Detection and Nanopore Sequencing, *The Journal of Infectious Diseases*, 2021;, jjab518, <https://doi.org/10.1093/infdis/jjab5.1>

¹⁸ Presentation (analyses to inform OBR SOP updates): GPEI Cessation Risk Task Team (CRTT) modelling groups (2021, April 16), quarterly meeting of the GPEI CRTT (virtual by MS Teams).

VOP2 Sabin pode ser seguida, uma semana depois, por uma rodada adicional de VOP2 Sabin ou bVOP, quando necessário. Uma estratégia de dose adicional de intervalo curto (SIAD) pode ser usada em circunstâncias especiais quando houver vários poliovírus circulantes e/ou quando surgirem janelas curtas de acesso ou oportunidade de vacinar (por exemplo, crianças em movimento ou de difícil acesso). A nova VOP2 pode ser usada em campanhas de vacinação com intervalo de quatro semanas em relação a outras

campanhas de VOP (tanto no período pré-campanha quanto no período pós-campanha); não há limitação para o uso de qualquer VOP e outras vacinas não poliomielite na imunização de rotina.

As estratégias de resposta recomendadas para países que utilizam VOP para cada tipo de poliovírus estão resumidas na Tabela 4 e na Tabela 5.

Tabela 4 – Resposta à detecção de surto ou evento de alto risco de poliovírus tipo 2

Situação		Resposta de vacinação			Preferência de vacina
		Rodadas	Momento oportuno	Escopo/alvo	
Surto de cVDV2 / evento de alto risco de cVDPV2	Áreas que anteriormente usavam nVOP2	RR	≤14 dias	100 mil – 400 mil	Nova VOP2 2. VOP2 Sabin, se a nova VOP2 não puder ser usada/não disponível
		SIA1	≤28 dias	Min. 2 – 4 milhões	
		SIA2	≤42 dias (mais recente ≤56 dias)	Min. 2 – 4 milhões	
		Mop-up (limpeza)	≤21 dias da SIA2	Com base na qualidade da SIA1/2	
	Áreas sem uso anterior de nVOP2 e último uso de VOP2 Sabin > 2 anos atrás	RR	≤14 dias	100 mil – 400 mil	Nova VOP2 2. VOP2 Sabin, se a nova VOP2 não puder ser usada/não disponível
		SIA1	≤28 dias	Min. 2 – 4 milhões	
		SIA2	≤42 dias (mais recente ≤56 dias)	Min. 2 – 4 milhões	
		Mop-up (limpeza)	≤21 dias da SIA2	Com base na qualidade da SIA1/2	
	Áreas sem uso anterior de nVOP2 e último uso de VOP2 Sabin > 2 anos atrás	RR	≤14 dias	100 mil – 400 mil	VOP2 Sabin
		SIA1	≤28 dias	Min. 2 – 4 milhões	
		SIA2	≤42 dias (mais recente ≤56 dias)	Min. 2 – 4 milhões	
		Mop-up (limpeza)	≤21 dias da SIA2	Com base na qualidade da SIA1/2	
Áreas com cocirculação de cVDPV2 e PVs tipo1/tipo3	Áreas sem uso prévio de nVOP2	RR	≤14 dias	De acordo com a epidemiologia	1. tVOP 2. Decisão a ser tomada caso a caso se a tVOP não estiver disponível
		SIA1	≤28 dias		
		SIA2	≤42 dias (mais recente ≤56 dias)		
		Mop-up (limpeza)	≤21 dias da SIA2		
	Áreas com uso anterior de nVOP2	RR	≤14 dias	De acordo com a epidemiologia	Decisão a ser tomada caso a caso
		SIA1	≤28 dias		
		SIA2	≤42 dias (mais recente ≤56 dias)		
		Mop-up (limpeza)	≤21 dias da SIA2		

* Após atender aos critérios de prontidão para nVOP2

Observação: Essa tabela (4) é baseada na orientação atualmente disponível do ORPG e do comitê de estratégias, em uma situação limitada de estoque de nVOP2 por tempo limitado. A orientação será atualizada conforme a necessidade, com a evolução da situação, e uma orientação atualizada/revisada do ORPG/Comitê de Estratégias terá preferência.

Tabela 5 – Resposta à detecção de surto de poliovírus tipo 1 e tipo 3

Situação	Resposta de vacinação			Preferência de vacina
	Rodadas	Momento oportuno	Escopo/alvo	
Surto de WPV1	RR	≤14 dias	100 mil – 400 mil	bVOP
	SIA1	≤28 dias	Min. 2 – 4 milhões	
	SIA2	≤42 dias (mais recente ≤56 dias)	Min. 2 – 4 milhões	
	<i>Mop-up</i> (limpeza)	≤21 dias da SIA2	Com base na qualidade da SIA1/2	
Surto de cVDV1/ cVDPV3	RR	≤14 dias	100 mil – 400 mil	bVOP
	SIA1	≤28 dias	Min. 2 – 4 milhões	
	SIA2	≤42 dias (mais recente ≤56 dias)	Min. 2 – 4 milhões	
	<i>Mop-up</i> (limpeza)	≤21 dias da SIA2	Com base na qualidade da SIA1/2	
Cocirculação de poliovírus tipo 1 e tipo 3	RR	≤14 dias	100 mil – 400 mil	bVOP
	SIA1	≤28 dias	Min. 2 – 4 milhões	
	SIA2	≤42 dias (mais recente ≤56 dias)	Min. 2 – 4 milhões	
	<i>Mop-up</i> (limpeza)	≤21 dias da SIA2	Com base na qualidade da SIA1/2	

Imunização de rotina

O fortalecimento da imunização de rotina (IR) continua sendo um pilar central da erradicação da poliomielite. A vacinação com bVOP/VIP e outros antígenos deve continuar como de costume e ser reforçada, mesmo que as sessões de imunização sejam realizadas no mesmo dia ou dentro de dias de uma resposta ao surto. Estratégias para mitigar qualquer impacto negativo da resposta a surtos na conduta da IR devem ser planejadas com antecedência (por exemplo, se os profissionais forem desviados para esforços da SIA, reprogramação imediata de sessões de IR). Os mecanismos de resposta a surtos devem ser utilizados adequadamente para a melhoria da cobertura de vacinação de rotina, com foco particular em áreas/populações de alto risco.

CIRCULAÇÃO SIMULTÂNEA DE DIFERENTES TIPOS DE POLIOVÍRUS

Se houver poliovírus de diferentes tipos circulando simultaneamente, a decisão sobre a resposta deve ser baseada na epidemiologia e na disponibilidade de vacinas. A VOP trivalente é a vacina de escolha em surtos simultâneos de diferentes tipos de poliovírus. Se a tVOP não estiver disponível, as rodadas de VOP2 Sabin e bVOP monovalentes podem ser escalonadas com base na viabilidade operacional. As decisões da estratégia de resposta serão tomadas pelos especialistas técnicos da GPEI com base na análise cuidadosa da epidemiologia, das áreas geográficas afetadas, da capacidade de resposta robusta e da disponibilidade de vacinas, caso a caso.

Quadro 3

- Durante surtos simultâneos de cVDPV2 e cVDPV1 ou cVDPV3, a resposta imediata de cVDPV2 também tem precedência, caso a tVOP não esteja disponível.
- Não é recomendada a coadministração de mVOP2 e bVOP durante as campanhas por motivos operacionais.
- Um evento ou surto de poliomielite em um país que usa apenas VIP no programa da IR requer consulta imediata à OMS, assim como qualquer evento ou surto de poliomielite em qualquer lugar

ESCOLHA DA VACINA

A seguir estão alguns princípios orientadores para a tomada de decisão sobre a escolha da vacina na resposta a surtos de poliovírus tipo 2:

- Os países que enfrentam surtos de cVDPV2 devem evitar atrasos e priorizar uma resposta rápida e de alta qualidade a surtos de cVDPV2 com qualquer vacina oral contra a poliomielite disponível para eles¹⁹.
- Os países não serão cogitados para lançamento da nova VOP2, a menos que estejam prontos para usar a nova VOP2 segundo a Equipe de Verificação de Prontidão da GPEI. Nenhuma nova VOP2 será alocada para uso em um país específico enquanto se espera que o país seja confirmado.
- Onde houver cocirculação com vírus do tipo 1 ou 3 sem uso anterior da nova VOP2, a tVOP é a vacina de escolha. Nos países com uso anterior da nova VOP2, a decisão será tomada caso a caso.

CAMPANHAS DE ALTA QUALIDADE

Ao implementar a estratégia de vacinação em quatro etapas na resposta a surtos, existe uma tensão entre obter

uma resposta oportuna e alcançar a cobertura vacinal desejada (> 90%, conforme analisado pela avaliação pós-campanha). Em locais em que o poliovírus for detectado, a RR (Rodada 0) pode não atender a todas as expectativas de qualidade (por exemplo, situações com problemas de segurança ou acesso, dificuldades operacionais, subpopulações de difícil acesso e/ou hesitação vacinal, ou simplesmente falta de tempo para planejamento). Isso é aceitável desde que a RR seja em tempo hábil. No entanto, é fundamental garantir que a primeira e a segunda rodada de vacinação em larga escala (SIA1 e SIA2) cheguem a todas as crianças, para poder interromper a transmissão do poliovírus. O microplanejamento de qualidade, o monitoramento da preparação e o monitoramento intra e pós-campanha são estratégias essenciais para preparar e alcançar campanhas de alta qualidade. As campanhas de baixa qualidade (< 90%, avaliadas pelo PCM) provavelmente não interromperão os surtos. Se a avaliação pós-campanha de uma determinada campanha de resposta a surto indicar baixa qualidade, todas as medidas de garantia de qualidade necessárias devem ser adotadas antes da campanha subsequente, com foco especial nas fraquezas identificadas. O planejamento de *mop-up* (limpeza) deve

¹⁹ Ver "registro epidemiológico semanal/Relevé épidémiologique hebdomadaire, 4 de junho de 2021, 96º ANO, n.º 22, 2021, 96, 197–216, <http://www.who.int/wer>.

se concentrar em melhorar a qualidade da SIA nas áreas que não tiveram um bom desempenho durante a SIA1 e/ou SIA2. A qualidade abaixo do ideal em toda a vacinação de resposta em quatro etapas (RR, SIA1, SIA2, *mop-up* (limpeza)) pode exigir rodadas adicionais cuidadosamente planejadas para abordar a lacuna de imunidade. A decisão sobre essas rodadas adicionais deve ser tomada em estreita coordenação com as equipes regionais de resposta à poliomielite e o ORPG.

Microplanejamento de qualidade. A preparação de planos e orçamentos de macronível com base na população-alvo, nas condições locais e nos custos operacionais permite que as partes interessadas discutam estratégias e garantam recursos. Esse planejamento de cima para baixo deve ser rapidamente acompanhado de um microplanejamento efetivo de baixo para cima (ou seja, desenvolver e validar planos no nível da comunidade). As campanhas de casa em casa são a modalidade preferida. A experiência mostrou que a implementação de casa em casa resulta em maior cobertura na maioria dos locais. Estratégias especiais, como postos fixos complementados por equipes de extensão de serviços e equipes especiais de vacinação em mercados/ centros de transporte, devem ser cogitadas para se atingir efetivamente os grupos populacionais de alto risco (por exemplo, nômades e refugiados) com base no contexto local. Treinamento e supervisão de apoio ajudam a garantir que os microplanos sejam de alta qualidade. Inovações como imagens GIS são úteis para validar planos em contextos desafiadores ou de difícil

acesso (por exemplo, áreas urbanas densamente povoadas, assentamentos remotos com documentação fraca ou sem SIAs anteriores, populações inacessíveis ou móveis). Verificações pontuais realizadas por fontes independentes podem ser cogitadas como medida adicional para garantir a qualidade do microplanejamento. Ver as Orientações sobre Microplanejamento²⁰ e Melhores Práticas em Microplanejamento para Erradicação da Poliomielite²¹.

Monitoramento da preparação. Um painel de preparação e/ou uma lista de verificação e um cronograma são necessários para rastrear a prontidão do país no lançamento da SIAs e apoiar uma implementação de qualidade. A preparação detalhada da pré-campanha e o monitoramento da qualidade intracampanha são esperados em todas as respostas de vacinação. A GPEI definiu um conjunto de padrões mínimos para orientar a tomada de decisão sobre o estado de preparação de uma campanha de alta qualidade. Estes devem ser analisados em conjunto com as equipes regionais de resposta à poliomielite e o ORPG, uma semana antes do início de uma campanha. Os países que usam a nova VOP2 devem garantir que sejam implementados os compromissos e as atividades descritos na documentação enviada para obter sua confirmação de prontidão.

Monitoramento da campanha. Uma campanha de alta qualidade deve visar uma cobertura de > 90% na SIA1 e SIA2 por monitoramento independente, sem crianças persistentemente não vacinadas. O monitoramento intra e pós-campanha é essencial para garantir a qualidade das

²⁰ Ver *Orientações sobre microplanejamento*. Orientação GPEI. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; 2011 (ver documento na biblioteca GPEI <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, acessado em 15 de novembro de 2021).

²¹ Ver *Melhores práticas em microplanejamento para erradicação da poliomielite*. Orientações GPEI. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practices-in-mircoplanning-for-polio-eradication.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021).

SIAs em todas as fases. Todas as fontes de dados intra e pós-campanha devem ser analisadas e trianguladas para avaliar a qualidade da campanha, incluindo, mas não se limitando a:

- Cobertura administrativa.
- Monitoramento rápido dentro da campanha, enquetes de conveniência e verificações pontuais.
- Monitoramento independente: monitoramento de casa em casa e fora de casa (enquetes de mercado).
- LQAS em cluster.
- Consistência geral das fontes de dados.
- Movimentos populacionais em curso e novos.
- Gerenciamento de vacina, monitoramento e notificação de desperdício de vacina, doses restantes, número de frascos não contabilizados (especialmente para VOP2).
- Observações do pessoal de campanha, supervisores, monitores e observadores em campo.

Para todas áreas ou populações em que sejam identificados planejamento e implementação de campanha abaixo do ideal (por exemplo cobertura < 90%, crianças persistentemente não vacinadas, hesitação/recusa da vacina), a vacinação de *mop-up* (limpeza) deve ser realizada rapidamente.

As equipes regionais de resposta à poliomielite e o ORPG acompanharão os painéis pré, intra e pós-campanha ao longo da resposta ao surto, trabalhando em colaboração com a equipe do país. Mais detalhes sobre as abordagens de monitoramento são fornecidos em *Melhores Práticas para Monitorar a*

*Qualidade do Desempenho da Campanha de Erradicação da Poliomielite*²², e a seguir no Capítulo 10.

Planejamento para populações móveis, de difícil acesso e especiais

As populações especiais são grupos mal-atendidos ou não atendidos pelo sistema regular de saúde por motivos tais como insegurança, infraestrutura inadequada e/ou barreiras de acesso. Os grupos populacionais podem ser móveis (por exemplo, migrantes econômicos, deslocados internos, refugiados, populações nômades) ou estacionários (por exemplo comunidades remotas e de difícil acesso, tais como pescadores ou ilhéus, ou populações urbanas de difícil acesso, tais como aqueles que vivem em assentamentos informais, comunidades religiosas ou que são membros de grupos marginalizados). Todos os aspectos da resposta ao surto, incluindo estratégias de vigilância, imunização e comunicação, devem ser adaptados para alcançar as populações especiais.

Devem ser desenvolvidas estratégias para populações especiais em conjunto com líderes comunitários, especialistas em comunicação e mobilização social e profissionais conhecedores do contexto, bem como prestadores de serviços com experiência especial [por exemplo, organizações não governamentais (ONGs), serviços públicos, grupos, organizações religiosas]. Estratégias apropriadas para vacinar todas as crianças podem exigir pensamento criativo e incluir táticas como postos de trânsito, equipes de atropelamento, vacinação em mercados e/ou atividades de extensão de serviços

²² Ver *Melhores Práticas para Monitorar a Qualidade do Desempenho da Campanha de Erradicação da Poliomielite*, orientações GPEI. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practice-for-monitoring-the-quality-of-polio-eradication-campaign-performance.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021).

combinados com vacinações veterinárias ou de animais ou outras estratégias especiais.

Estratégia de revisitas para alcançar crianças não vacinadas

Deve ser desenvolvida uma estratégia de revisita apropriada durante a fase de planejamento e monitorada durante a implementação. A estratégia deve se concentrar no registro eficiente das crianças não vacinadas por qualquer motivo (por exemplo, ausente, recusa etc.) durante a visita da equipe de vacinação aos domicílios, com novas visitas devidamente planejadas para vacinadas essas crianças. A estratégia de revisita deve ser adaptada levando em conta o contexto local, com a flexibilidade necessária.

Todas as estratégias e táticas devem ser bem documentadas para garantir que sejam coletados os dados sobre o número de crianças vacinadas, o manejo adequado da vacina e outras informações relevantes.

INTEGRAÇÃO COM OUTRAS INTERVENÇÕES DE SAÚDE

Por meio de sua estratégia para 2022-2026, a GPEI pretende expandir suas parcerias, a fim de alcançar um impacto mais amplo em localizações geográficas prioritárias para a poliomielite, juntamente com as principais estratégias e inovações que melhoram a detecção e a resposta.

Durante o planejamento de resposta a surtos, pode-se cogitar a integração com outras intervenções de saúde (por exemplo, uma campanha de sarampo já planejada, vitamina A etc.) nas seguintes circunstâncias:

- A discussão completa com todos os parceiros ocorreu no país e em outros níveis relevantes.
- Os seguintes tipos de resposta a surtos 1 e/ou 3: As rodadas RR, SIA1 e SIA2 foram implementadas com sucesso, as rodadas subsequentes de mitigação de risco podem cogitar a integração como uma medida de economia de custos.
- Há planos em vigor para garantir uma intervenção de alta qualidade para todos os antígenos considerados, e os mecanismos de monitoramento são acordados com antecedência.

As rodadas preventivas planejadas de bVOP podem ser implementadas após a conclusão das SIAs de resposta a surtos tipo 2, para evitar a geração de lacunas de imunidade tipo 1 e 3.

CONTINUAÇÃO DA ADAPTAÇÃO À PANDEMIA DA COVID-19

À medida que a pandemia da COVID-19 evolui por várias fases e a implantação das vacinas contra COVID-19 progride nos países afetados pela poliomielite, será importante continuar a estreita coordenação com os mecanismos nacionais e locais de gerenciamento de resposta à COVID-19 ao planejar e implementar as SIAs da poliomielite. Os programas nacionais de poliomielite também devem continuar a garantir informes pré-campanha de alta qualidade sobre as medidas de PCI para os profissionais de saúde da linha de frente e os líderes comunitários, e usar os moradores locais na mobilização comunitária pré-campanha e na vacinação, tanto para reduzir o risco de exposição à COVID-19 quanto para melhorar a aceitação da comunidade.

Também será importante continuar a supervisão de apoio e monitoramento no processo para garantir a identificação e correção oportuna de quaisquer lacunas existentes. Os sistemas de rastreamento estabelecidos devem ser mantidos e ajustados conforme a necessidade, para detectar e responder rapidamente a rumores ou informações erradas, especialmente no contexto da COVID-19.

VACINA INATIVADA CONTRA A POLIOMIELITE (VIP)

A VIP fornece um alto nível de imunidade individual e proteção contra paralisia. A VIP não induz a imunidade da mucosa intestinal necessária em pessoas sem imunização prévia com VOP para o sorotipo correspondente. Em crianças sem vacinação prévia com VOP, a VIP não interrompe a transmissão do vírus. O Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) em imunização recomenda que a VIP não seja usada na resposta a surtos, porque as evidências demonstram que as campanhas de VIP provavelmente não atinjam crianças não alcançadas pelas campanhas de VOP, tenham impacto limitado na interrupção da transmissão e tenham alto custo programático. A prioridade da resposta ao surto é interromper a transmissão; portanto, as atividades devem se concentrar em conseguir rapidamente uma alta cobertura com a VOP. O SAGE também recomendou

que sejam feitos esforços vigorosos para melhorar a cobertura de rotina da VIP em locais com risco de surtos de cVDPV2 para reduzir o número de crianças suscetíveis antes que a transmissão ou os surtos possam ocorrer, especialmente no contexto de cobertura reduzida causada pela pandemia da COVID-19.

SOLICITAÇÃO DE VACINA

Para qualquer surto ou evento de alto risco que exija uma resposta de vacinação, a equipe do país deve enviar uma avaliação de risco detalhada e uma solicitação de vacina com o apoio das equipes regionais até o dia 3 da notificação do surto.

Solicitações de VOP contendo Sabin2 (VOP2 monovalente e VOP trivalente)

De acordo com a resolução da Assembleia Mundial da Saúde, há²³ procedimentos específicos para acessar ou usar a VOP2 Sabin. A avaliação de risco e a solicitação de vacina são submetidas ao Grupo Consultivo da VOP2 Sabin. Por recomendação do Grupo Consultivo, o diretor-geral da OMS autoriza a liberação da VOP2 Sabin monovalente ou da VOP trivalente do estoque global de VOP ou o uso de estoques restantes de VOP2 Sabin no país. Após a aprovação, o estoque de vacina VOP2 Sabin com a vida útil mais curta será liberado pelo UNICEF do estoque global de VOP para uso imediato. (Ver formulário de solicitação de vacina e modelo para aprovação de importação, no site da GPEI²⁴).

²³ Ver *Resolução WHA68. Poliomielite. Em: Sexagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde*, pg. 10. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 26 de maio de 2015 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021).

²⁴ Ver *Formulário de Solicitação de Vacina monovalente VOP2 Sabin e tVOP*. (<https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-%20tools-protocols-and-guidelines/>) acessado em 15 de novembro de 2021).

Solicitações da nova VOP2

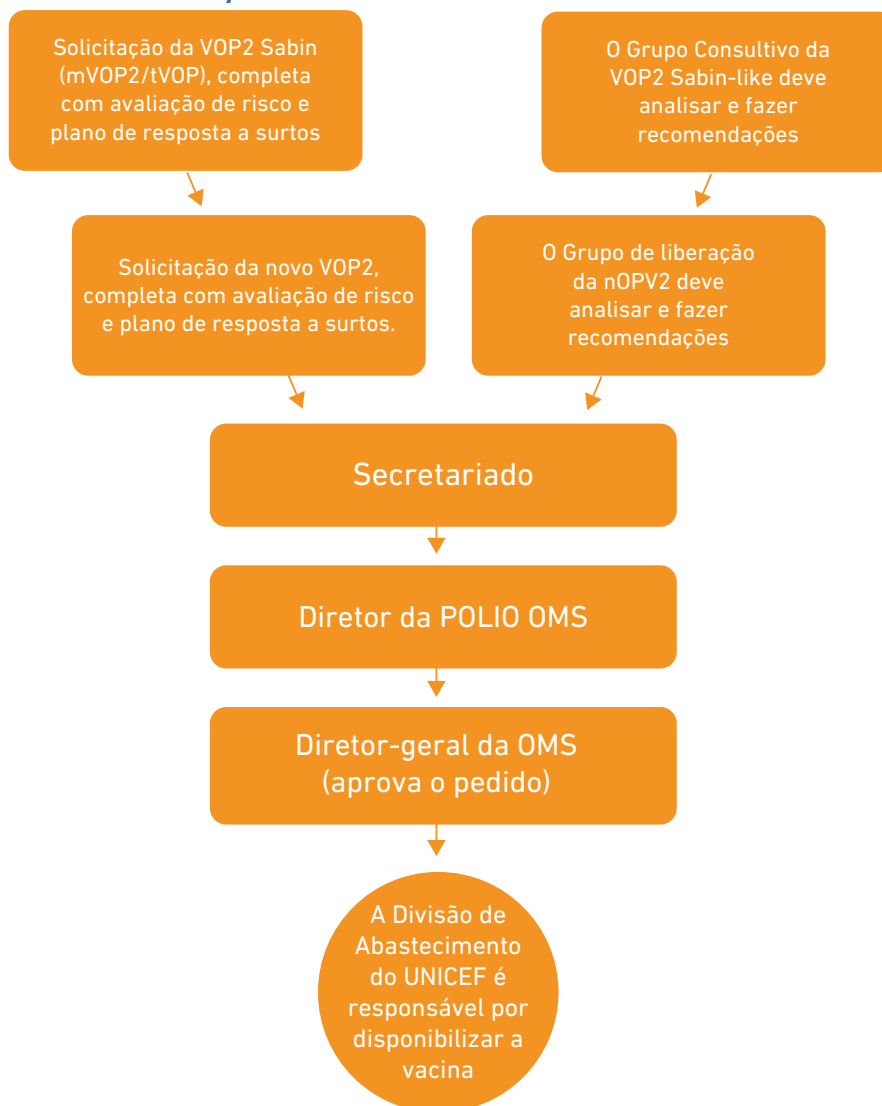
De acordo com a decisão do Conselho Executivo da OMS²⁵ e a estratégia GPEI (2022-2026) observada pela WHA em maio de 2021, as solicitações da nova VOP2 devem ser preparadas em coordenação com as equipes regionais de resposta à poliomielite e enviados ao grupo de liberação da nVOP2 do ORPG. O grupo de liberação da nVOP2 aconselhará o diretor-geral da OMS sobre a solicitação

e sua recomendação por meio do diretor do Departamento de Poliomielite da OMS. Um secretariado processará todas as comunicações necessárias ao longo desse processo.

Solicitações de bVOP

As solicitações da vacina bVOP seguem os procedimentos usuais de aquisição através do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Figura 3 – Processo de liberação da vacina VOP2



²⁵ Ver: Item 16.1 da agenda da 146ª sessão do Conselho Executivo, EB(11) 7 de fevereiro de 2020 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146\(11\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146(11)-en.pdf), último acesso em 15 de dezembro de 2021).

GERENCIAMENTO E RELATÓRIOS DE VACINAS

O gerenciamento de vacinas é essencial para garantir uma campanha de vacinação de alta qualidade, e deve ser priorizado em todos os níveis e em todas as etapas da resposta. O movimento de qualquer vacina usada na resposta ao surto deve ser monitorado. Todas as vacinas recebidas, distribuídas e administradas devem ser registradas por meio de ferramentas de gerenciamento de estoque e/ou registros de utilização de vacinas. Todos os frascos e as doses usados, parcialmente ou não utilizados, devem ser totalmente registrados (seja devido ao uso parcial, contaminação ou alterações no monitor do frasco da vacina), e os frascos devolvidos devem ser totalmente contabilizados em cada SIA.

Um plano de logística reversa e descarte de frascos deve ser integrado ao plano de resposta a surtos, descrevendo:

- As unidades de saúde e os armazéns distritais de vacinas ficarão com um suprimento de bVOP para um mês, após o fim das campanhas de resposta a surtos tipo 1/tipo 3
- como os excedentes de vacina não utilizados serão devolvidos ao armazenamento central ou regional em uma cadeia de frio reversa
- todas as vacinas contendo VOP2 devem ser removidas imediatamente após a conclusão das campanhas de resposta a surtos do tipo 2
- (somente para vacinas contendo VOP2), como todos os frascos inutilizáveis

serão devolvidos aos locais de descarte seguros (usados, parcialmente usados, expirados, danificados e frascos com VVM que atingiram o ponto de descarte).

Em todas as campanhas de VOP2 e rodadas de *mop-up* (limpeza), é de fundamental importância que cada frasco e dose de vacina não utilizada sejam contabilizados e removidos para o armazenamento central de maneira segura. É necessário relatar o estado da vacina usada, recuperada e armazenada após cada SIA, incluindo a resposta rápida imediata. Todos os frascos perdidos e faltantes devem ser relatados²⁶.

Para rastrear a VOP2, o ORPG se envolverá com o ponto focal do estoque global de VOP da OMS e a divisão de fornecimento do UNICEF para rastrear as decisões do grupo consultivo do ORPG/VOP2 Sabin (conforme relevante), o DG da OMS e a distribuição das vacinas em cada país. O Centro Nacional de Operações de Emergência/equipe de erradicação da poliomielite do país informará ao secretariado sobre os estoques de vacinas contendo VOP2 no país duas semanas após o término de cada SIA. O uso da nova VOP2 e da VOP2 baseado em Sabin (mVOP2/tVOP) no país será guiado pelos documentos de orientação técnica relevantes [*gerenciamento, monitoramento, remoção e descarte da nova VOP2 (em frascos de 50 doses com VVM tipo 2)*]²⁷ e *gerenciamento, monitoramento, remoção e validação da vacina mVOP2*²⁶, respectivamente]. Quaisquer modificações futuras no gerenciamento e nos relatórios da nova VOP2 serão documentadas e anexadas a esses POPs e serão disponibilizadas para as equipes regionais e nacionais da poliomielite.

²⁶ Ver: *Orientação Técnica para gerenciamento, monitoramento, remoção e validação da vacina monovalente VOP2 Sabin*. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; 2016 (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/11/Technical-guidance-mOPV2-management-monitoring-removal-and-validation_Oct2016_EN.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021).

²⁷ Ver: *Gestão, monitoramento, remoção e descarte da nVOP2 (em frascos de 50 doses com VVM tipo2)* (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/nOPV2-Vaccine-Handling-Technical-Guidance-2021103-ENG.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021).

PLANEJAMENTO DE MELHORIA DA COBERTURA DE VACINAÇÃO DE ROTINA, DE MODO A SE TORNAR PARTE INTEGRANTE DA RESPOSTA AO SURTO DE POLIOMIELITE

A espinha dorsal da erradicação da poliomielite e da resposta ao surto continua sendo a imunização de rotina (IR) contra a poliomielite, de acordo com o calendário nacional de imunização infantil. A maioria dos surtos de cVDPV ocorreu até agora em áreas com cobertura vacinal de rotina abaixo do ideal. A nova estratégia da GPEI (2022-2026) oferece uma abordagem mais holística em alinhamento com a Agenda de Imunização 2030 (IA2030)²⁸ e a GAVI, o plano estratégico da Aliança de Vacinas (“GAVI 5.5,0”).

Ao planejar a resposta específica ao surto de poliomielite com foco na obtenção de uma vacinação de alta qualidade contra a poliomielite, a melhoria da cobertura de vacinação de rotina deve ser um componente essencial do processo geral de planejamento. Os Centros de Operações de Emergência (COE) estabelecidos/incumbidos de gerenciar a resposta ao surto devem ter uma seção dedicada ao planejamento de melhoria da cobertura de vacinação de rotina, liderados pela equipe nacional do PAI, e devem maximizar efetivamente o benefício do apoio por tempo limitado à IR, por meio de uma análise das razões para a baixa cobertura de imunização (incluindo crianças e comunidades de dose zero) nas áreas de surto. O PAI Nacional deve priorizar as áreas/populações de alto risco para imunização de rotina aprimorada por meio de iniciativas como PIRI e vacinação de alcance intensificada apoiada por

mobilização social localmente apropriada. Utilizando o apoio de tempo limitado para a IR, seguido de ações selecionadas de fortalecimento dos sistemas de imunização de curto e médio prazo, pode ser viável de acordo com os componentes operacionais da abordagem Alcançar Todos os Distritos (RED)²⁹, a saber: planejamento e gestão efetivas dos recursos de imunização, otimização dos serviços de imunização para alcançar todas as populações elegíveis (expansão/restabelecimento), supervisão de apoio para garantia da qualidade da imunização, vinculação dos serviços de imunização às comunidades e monitoramento e uso de dados para ação.

Os planos de resposta a surtos devem conter o componente de melhoria da cobertura de vacinação de rotina, desde o início e ao longo da resposta até o encerramento do surto. Os parceiros da GPEI devem se envolver efetivamente com as contrapartes da imunização de rotina para garantir que as iniciativas de melhoria da cobertura de imunização de rotina sejam efetivamente apoiadas durante a resposta ao surto. Os recursos de pico de demanda para poliomielite podem ser utilizados adequadamente para essa finalidade. As principais áreas a serem focadas incluem o fortalecimento da gestão do programa, o microplanejamento com foco especial na identificação e o mapeamento das comunidades Dose-Zero, a mobilização comunitária e o monitoramento do desempenho. Os parceiros da GPEI e da Imunização Essencial devem coordenar a identificação de possíveis oportunidades para a mobilização conjunta de recursos, a fim de apoiar a resposta ao surto de poliomielite e a melhoria da cobertura do PAI. Também é benéfico aproveitar a atenção política resultante do surto de cVDPV para garantir a responsabilidade pela provisão de serviços de vacinação de rotina.

²⁸ Ver: *IA2030, estratégia global para não deixar ninguém para trás* (<https://www.immunizationagenda2030.org/>, acessado em 15 de novembro de 2021).

²⁹ Ver: *Alcançar todos os distritos, guia para aumentar a cobertura e a equidade em todas as comunidades*; (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-02/Feb%202018_Reaching%20Every%20District%20%28RED%29%20English%20F%20web%20v3.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021)

7 VIGILÂNCIA APÓS INVESTIGAÇÃO

As orientações para vigilância de rotina de poliovírus, incluindo PFA e vigilância ambiental, são descritas em outros documentos da GPEI, incluindo: *Melhores Práticas em Vigilância Ativa para Erradicação da Poliomielite*³⁰, o *Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite*³¹ e a *Referência Rápida Provisória sobre o Fortalecimento da Vigilância da Poliomielite durante um Surto de Poliomielite*³². O Capítulo 4 (anterior) descreve as etapas iniciais de vigilância necessárias como parte de uma investigação completa, ao passo que o capítulo atual se concentra no aprimoramento da vigilância após a investigação inicial.

APRIMORAMENTO DA VIGILÂNCIA

Após a investigação inicial de qualquer evento ou surto de poliomielite, é fundamental avaliar e aprimorar a vigilância de poliovírus. São necessários esforços vigorosos para colocar o sistema de vigilância em alerta máximo e melhorar a sensibilidade para identificar prontamente qualquer novo vírus ou transmissão em andamento, mesmo fora da zona de surto imediata. O plano de resposta a surtos deve incluir iniciativas de vigilância a partir do Dia 0 do evento/surto, continuar a vigilância em paralelo

com outros aspectos da resposta e manter estratégias suplementares selecionadas por seis meses ou mais após o último poliovírus detectado. Além disso, devem ser feitos planos para aumentar a capacidade de gerenciamento de dados de modo a garantir que todos os bancos de dados e análises estejam atualizados, com harmonização de dados semanal ou duas vezes por semana com o laboratório.

Um dos principais objetivos da vigilância de PFA, após a identificação de um evento em uma área de alto risco ou qualquer surto, é alcançar uma taxa anual de mais de três casos de PFA não poliomielite por 100 mil crianças menores de 15 anos de idade, em áreas afetadas pelo surto e de alto risco³², por pelo menos 12 meses após o último caso ou isolado. Em nível nacional, uma taxa de dois casos de PFA não poliomielite por 100 mil crianças é desejável nos países com surtos. Embora os distritos com menos de 50 mil crianças menores de 15 anos possam não detectar PFA todos os anos, a qualidade da vigilância de PFA deve ser verificada em todos os distritos que não notificaram nenhum caso de PFA/distritos silenciosos, independentemente do tamanho da população. Outros indicadores de vigilância também devem ser cuidadosamente avaliados para validar

³⁰ Ver: *Boas práticas em Vigilância Ativa para Erradicação da Poliomielite*, 2018. Orientações GPEI. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; 2018 (<https://www.who.int/polio-transition/documents-resources/best-practices-active-surveillance.pdf?ua=1>, acessado em 15 de novembro de 2021).

³¹ Ver: *Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite (2022–2026)* (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/02/Global-Polio-Surveillance-Action-Plan-2022-2024.pdf>, acessado em 1º de março de 2022)

³² Ver: *Referência rápida provisória sobre o fortalecimento da vigilância da poliomielite durante um surto* (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference_Strengthening-Surveillance-during-Poliavirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021)

se estão atendendo aos padrões em nível nacional e subnacional.

Os países devem realizar as seguintes atividades para melhorar a vigilância de PFA:

- Notificar imediatamente todas as unidades de vigilância nacionais e subnacionais sobre o evento/surto de poliovírus.
- Sensibilizar rigorosamente todos os profissionais de saúde para os requisitos de vigilância e notificação de PFA, incluindo notificação zero. Realizar atividades de sensibilização entre os membros da comunidade (por exemplo, voluntários da poliomielite, informantes, agentes comunitários de saúde), organizações governamentais e não governamentais para aumentar a conscientização sobre a PFA e a poliomielite.
- Analisar e priorizar novamente os locais de notificação (se necessário) na rede de vigilância ativa de PFA em todos os distritos e províncias e garantir que as unidades de saúde secundárias e terciárias dos setores público e privado estejam totalmente envolvidas na vigilância de PFA. A rede deve refletir os atuais provedores de serviços de saúde, incluindo estabelecimentos públicos e privados, ONGs e campos de refugiados. Expandir de modo a incluir curandeiros tradicionais, farmacêuticos e informantes-chave da comunidade nas populações de alto risco. Também devem ser envolvidos órgãos relevantes importantes como associações de pediatria e neurologistas.
- Garantir que visitas prospectivas de vigilância ativa sejam realizadas regularmente e que a vigilância passiva esteja funcionando de maneira ideal. Conduzir busca ativa de casos *ad hoc*

nas unidades e na comunidade para identificar casos de PFA não notificados.

- Garantir que estratégias suplementares de descoberta de casos de PFA estejam em vigor na zona de surto e áreas de alto risco, incluindo busca ativa *ad hoc* durante as campanhas pelas equipes de vacinação, monitores independentes e equipes de enquete LQAS.
- Monitorar e documentar que pelo menos 90% de todas as visitas planejadas de vigilância ativa são realizadas.
- Cogitar estratégias suplementares, como melhorar a vigilância ambiental, em consulta com especialistas nacionais e de vigilância da GPEI.
- Garantir que o laboratório nacional esteja envolvido no planejamento de surtos e que seja fortalecida a capacidade para lidar com uma carga de trabalho adicional e manter o manuseio rápido de amostras.

Embora os esforços estejam inicialmente focados em melhorar a vigilância na zona de surto e nas áreas de alto risco, é importante aumentar a vigilância em todo o país infectado e nas áreas demograficamente ligadas nos países vizinhos para garantir a detecção de qualquer disseminação geográfica do poliovírus.

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A vigilância ambiental (VA) serve como complemento da vigilância PFA, mas nunca como substituta. Trata-se do monitoramento de águas residuais ou esgotos de locais designados para detectar a presença de poliovírus. No contexto de eventos e surtos, a VA pode fornecer informações sobre a extensão geográfica, transmissão comunitária e duração da circulação do poliovírus, bem como a excreção do vírus da vacina da

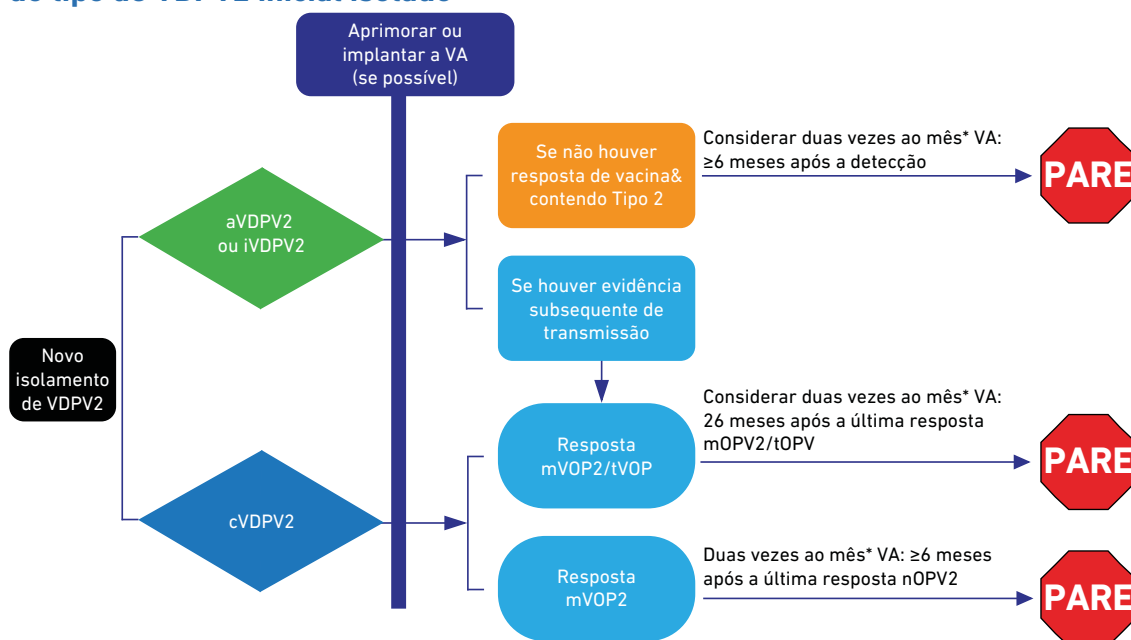
poliomielite após a vacinação. Todo ajuste na vigilância ambiental deve ser feito com coordenação entre os epidemiologistas, os laboratórios de poliomielite e, quando necessário, os departamentos de saúde ambiental de um país para garantir locais apropriados para VA.

No início de um novo evento ou surto, as seguintes ações devem ser implementadas:

- Avaliar o desempenho de todos os locais de VA de poliovírus existentes na área. Locais que não tiveram isolamento de vírus (incluindo enterovírus não poliomielite e vírus Sabin-like) por mais de seis meses devem ser cuidadosamente avaliados, em especial.

- Aumentar para quinzenal a frequência da coleta de amostras, quando possível, por um período mínimo de seis meses após o isolado mais recente detectado ou o uso mais recente da VOP contendo tipo 2 (no caso de surtos/eventos de alto risco de poliovírus tipo 2), o que for posterior³³.
- Levantar em conta novos locais de coleta dentro e fora da área do surto ou evento, onde for tecnicamente apropriado e a capacidade do laboratório permitir.
- Avaliar áreas urbanas próximas com uma população de 100 mil ou mais como candidatos para amostragem ambiental nova ou aprimorada.

Figura 4 – ³⁶ Visão geral do cronograma de vigilância ambiental aprimorada, dependendo do tipo de VDPV2 inicial isolado



Toda proposta para ampliar a VA deve levar em conta a capacidade laboratorial para apoiar o esforço e não comprometer a vigilância de PFA. Há orientações detalhadas disponíveis sobre o

aprimoramento da vigilância ambiental da poliomielite após a detecção do poliovírus tipo 2 relacionado à vacina, nas quais se baseia a Figura 4³⁶.

³³ Ver: *Procedimentos operacionais padrão para aprimoramento da vigilância ambiental da poliomielite após a investigação de um evento ou surto de poliovírus* (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/SOPs-for-Polio-ES-enhancement-following-outbreak-20210208.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021)

ESTRATÉGIAS PARA POPULAÇÕES ESPECIAIS E ÁREAS COM SEGURANÇA COMPROMETIDA

Podem ser necessárias estratégias de vigilância suplementares³⁴ em circunstâncias que envolvam populações altamente vulneráveis (por exemplo, nômades, refugiados ou outras populações que não acessam rotineiramente os serviços de saúde) e/ou áreas inacessíveis além do alcance rotineiro dos serviços de saúde ou de vigilância. As atividades precisarão ser adaptadas à situação específica, mas considere as seguintes abordagens:

1. Se ainda não estiver em vigor, identificar líderes comunitários ou curandeiros, com foco no envolvimento equitativo e significativo das mulheres, como pontos focais, e fornecer treinamento e ferramentas para facilitar o acesso e a notificação de casos suspeitos de PFA.
2. Aumentar a sensibilização da comunidade para a vigilância da poliomielite e da PFA, usando ferramentas culturalmente apropriadas e análise de gênero na concepção e implementação de todas as intervenções de sensibilização e extensão de serviços na comunidade para garantir que atendam às necessidades, às barreiras e aos desafios específicos relacionados ao gênero.
3. Aproveitar parcerias inovadoras com outros grupos ou serviços com acesso a populações especiais (por exemplo, outros ministérios ou departamentos governamentais, outras organizações das Nações Unidas, ONGs, grupos da sociedade civil e grupos de mulheres e redes comunitárias/de base, veterinários etc.).
4. Use seletivamente outras estratégias suplementares que geralmente apenas fazem parte de uma investigação de campo inicial. Dado o rendimento relativamente baixo e as altas necessidades de recursos dessas estratégias quando usadas a longo prazo, elas só devem ser cogitadas em consulta com os parceiros da GPEI e contrapartes laboratoriais.
 - a) a amostragem de contatos nas populações de alto risco, com segurança comprometida ou de difícil acesso, pode ser excepcionalmente recomendada em cada caso de PFA por um tempo limitado, tais como em áreas acessadas recentemente. Como estratégia de vigilância contínua, a amostragem sistemática de contatos não pode ser mantida por mais que seis meses;
 - b) em situações excepcionais, uma enquete de fezes pode ser uma ferramenta de triagem nos grupos que se deslocam de uma área de evento/surto para uma nova área (por exemplo, populações deslocadas internamente, refugiados). Uma vez que a transmissão tenha sido demonstrada em uma área, não são mais necessárias enquetes de fezes em crianças saudáveis e elas não são recomendadas.
5. Se for encontrado poliovírus em uma população móvel de alto risco (por exemplo, populações deslocadas internamente, refugiados ou nômades), ou em uma área frequentada por populações em movimento, avalie imediatamente a rede/locais de vigilância (notificação ativa e de rotina/zero) ao longo das rotas de migração conhecidas para buscar evidências de transmissão.

³⁴ Ver: *Orientações para implementar a vigilância da poliomielite em áreas e populações de difícil acesso* (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021)

8 COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Comunicação para o Desenvolvimento (C4D) é uma estratégia sistemática, planejada e baseada em evidências para promover um comportamento positivo e mensurável e uma mudança social. A mobilização social efetiva, com ênfase nas populações de alto risco, é um componente-chave da resposta ao surto de poliomielite. A abordagem de resposta de C4D ao surto de poliomielite foi projetada para corrigir percepções e normas sociais que impedem os cuidadores de vacinar seus filhos e para reconstruir o compromisso com a vacinação, incluindo a imunização de rotina.

Uma forte estratégia de comunicação pode fortalecer o desempenho de todas as atividades de resposta, aumentar a adesão à vacinação em todos os grupos populacionais e apoiar uma vigilância robusta com notificação precoce de PFA.

As etapas fundamentais da C4D incluem:

- Aumentar a conscientização sobre as datas de campanha.
- Fortalecer a confiança da comunidade na vacinação por meio da capacitação dos profissionais de saúde e da confiança na segurança e eficácia da vacina.
- Elevar a percepção do risco de poliomielite para crianças, famílias e comunidades.
- Abordar gargalos e barreiras para a decisão de vacinar.
- Incorporar a gestão infodêmica, bem como estratégias antecipatórias e em tempo real para combater a desinformação e as informações errôneas.

No contexto do poliovírus derivado da vacina e no contexto da pandemia da COVID-19, o risco percebido de poliomielite pode ser baixo, especialmente quando o vírus é detectado apenas no ambiente. Embora a resposta de C4D ao surto de VDPVs siga os mesmos princípios que os de WPV, é importante reforçar as mensagens de segurança da vacina, incluindo, conforme necessário, mensagens tipo-específicas (por exemplo, nVOP2, mVOP2 etc.) e abordar todos receios ou equívocos próprios do contexto em torno das vacinas. Para detecção de VDPV apenas de fontes ambientais, é importante explicar que a baixa imunidade é a causa raiz.

ESQUEMA ESTRATÉGICO DE C4D NA RESPOSTA A SURTOS DE POLIOMIELITE

A comunicação de resposta a surtos, incluindo C4D e comunicação de risco de emergência, é iniciada assim que um surto for declarado, e deve ser integrada em todos os aspectos do planejamento e resposta a um surto ou evento de alto risco. O resultado da investigação epidemiológica e social conjunta do caso/área infectada de poliomielite é fundamental para entender o ambiente social das áreas ou grupos afetados pelo vírus. As intervenções devem ser baseadas na compreensão de todas as barreiras sociais e ambientais relevantes para fortalecer a aceitação e adoção da vacina (ver *Esquema Estratégico*

da Comunicação para Desenvolvimento de Orientações para Resposta a Eventos e Surtos de Poliomielite para obter orientações detalhadas³⁵).

Nessa fase, o foco está na construção (ou reconstrução) da conscientização fundamental dos cuidadores sobre a poliomielite, a VOP e o fato de que há um surto na comunidade que coloca as crianças em risco. O objetivo principal é aumentar a conscientização sobre o surto para pelo menos 90%. As abordagens de comunicação devem ser diretas, claras e provocar uma resposta urgente dos pais e da comunidade em geral.

Os **planos de campanhas, incluindo SIA1, SIA2 e uma rodada de mop-up (limpeza)**, devem incluir intervenções C4D para alcançar crianças não vacinadas e reduzir recusas. As atividades devem continuar a elevar a percepção pública do risco do surto e seu impacto e capacitar a tomada de decisões, especialmente nos grupos ou comunidades não conformes. Nas campanhas que usam a abordagem SIAD, mensagens localmente apropriadas são importantes, para que os cuidadores e tomadores de decisão entendam o processo e o motivo pelo qual as crianças podem ser vacinadas mais de uma vez em intervalos curtos.

Resposta prolongada ao surto. Quando um surto está em andamento há mais de quatro meses (120 dias), pode haver uma ou mais barreiras subjacentes. Como o público-alvo pode incluir pessoas que aceitam a vacina, pessoas vulneráveis que aceitam a vacina, grupos transitórios ou mesmo rejeitadores, a realização de uma análise da causa raiz pode ajudar a identificar essas barreiras, sejam

sociais (incluindo barreiras relacionadas ao gênero), ou relacionadas ao acesso ou à qualidade do serviço. As razões de haver crianças não vacinadas devem ser bem investigadas e analisadas para se adaptar as estratégias a questões como: fadiga de campanhas repetidas, barreiras relacionadas ao gênero ou desconfiança na vacina ou nos profissionais da linha de frente.

Em um surto prolongado, as barreiras de acesso e aceitação são específicas de cada comunidade, cultura e região, e podem ser complexas. É importante monitorar sistematicamente e entender o padrão dos motivos relatados para haver crianças não vacinadas antes de projetar soluções de comunicação. O objetivo é manter ou aumentar o percentual de conscientização para 90% ou mais e manter o total de recusas abaixo de 2%.

Manter os ganhos e fortalecer a imunização de rotina. Independentemente de como o surto evolua, o foco das estratégias de C4D deve mudar para o apoio à imunização de rotina o mais rápido possível e também à medida que o surto se aproxima do fim. Os planos de resposta a surtos devem basear-se nas análises das lacunas existentes de imunização de rotina que levaram ao surto de poliomielite, e devem indicar como os serviços de imunização de rotina serão promovidos, especialmente nas áreas de baixa cobertura. A coordenação de surtos também deve desenvolver planos de preparação para mitigar o risco de futuros surtos. A avaliação final da resposta ao surto (OBRA) analisa os planos de melhoria do país na imunização de rotina e na preparação a longo prazo.

³⁵ Ver *Comunicação para desenvolvimento de orientações para resposta a eventos e surtos de poliomielite após a troca*. 2016. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/C4DGuidelines_OutbreakPostSwitch_Nov2016_EN.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021).

Devem ser documentadas as conquistas e lições aprendidas com as atividades de mobilização social, defesa de causa e mídia e atividades de parceria em nível nacional, provincial e distrital.

COLETA DE DADOS PARA ORIENTAR AS ATIVIDADES DE C4D

No início de um surto, é importante analisar as fontes de dados existentes no tocante a conhecimento, atitudes, práticas e comportamento ou, se não disponíveis, realizar uma rápida avaliação social das normas que possam afetar a vacinação. A coleta e análise de dados desagregados por sexo e outras variáveis relevantes é fundamental em todas as avaliações e planos de C4D para identificar e abordar barreiras e desafios relacionados ao gênero. Uma análise de gênero deve ser realizada para garantir que os papéis e as normas de gênero sejam levados em conta, e as intervenções de comunicação abordem as diferentes necessidades, problemas, preferências e percepções de todos na comunidade. Essa análise deve ser feita antes de se iniciar a resposta e de modo a orientar o desenvolvimento das intervenções de C4D.

Após cada campanha, os dados de IM/LQAS e/ou outras fontes devem ser analisados em tempo hábil, especialmente em relação aos indicadores principais para C4D, a fim de serem alteradas as estratégias de comunicação conforme necessário. Os indicadores principais incluem: porcentagem geral de crianças não vacinadas; percentual de crianças não vacinadas por diferentes motivos (agrupados em motivos sociais, operacionais e ausências); percentual

de recusas; percentual de recusas por motivo; percentual de ausência por motivo; percentual de pais cientes da campanha antes da visita do vacinador; e percentual alcançado por meio de diferentes canais de comunicação. Esses dados devem ser desagregados por sexo e analisados de acordo.

No final do surto, é importante avaliar a aceitação e o compromisso da comunidade com a vacinação, por exemplo, por meio de enquetes em pequena escala ou análise de dados secundários, e documentar o resultado das atividades de C4D, bem como as lições aprendidas e as boas práticas.

ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO

Estratégias de comunicação bem planejadas e coordenadas ajudam a garantir que as comunidades e os tomadores de decisão em níveis local, nacional e regional estejam envolvidos na promoção da vacinação. Os planos de comunicação de risco e as intervenções de C4D devem preceder as atividades de vacinação a fim de conscientizar e minimizar a hesitação e as recusas da vacina. É fundamental criar ou revigorar imediatamente um comitê nacional de comunicação ou mobilização social. O papel do comitê é planejar, coordenar e garantir a implementação bem-sucedida dos planos de comunicação de risco e intervenções de C4D.

Devem ser desenvolvidos e empregados planos de comunicação de risco para fornecer informações confiáveis, oportunas e precisas à comunidade ou à população afetada durante a resposta ao surto. Estratégias efetivas de mitigação de risco ajudarão a controlar rapidamente o surto, garantindo que a comunidade entenda os

riscos contínuos e as ações que podem adotar, incluindo vacinação, a fim de reduzir os danos dentro da comunidade e se espalhar ainda mais para fora da zona do surto. As considerações de comunicação de risco durante a resposta a surtos incluem:

- **Defesa política da causa** para atrair a atenção e os recursos necessários para apoiar os esforços de resposta e fortalecer a confiança pública na vacinação.
- **Envolvimento da mídia de notícias** para garantir que as informações sejam claras, oportunas e alcancem as populações afetadas e as principais partes interessadas quando e onde eles acessarem informações de saúde. As transmissões de rádio, por exemplo, são um canal importante nas áreas de conflito ou inacessíveis. O Ministério da Saúde e a OMS, geralmente os primeiros a anunciar um surto, devem assumir a liderança nessa área. Como parte da estratégia de C4D/comunicação, recomenda-se o estabelecimento imediato de qual agência está liderando a gestão de mídia. Esse papel de liderança dependerá da capacidade de cada país, observando que o UNICEF geralmente lidera a C4D e apoia o desenvolvimento de estratégias de mídia, o treinamento de porta-vozes e a divulgação para influenciadores.
- **Mídias digitais e sociais** para divulgação direcionada a um grande público, especialmente onde as redes de comunicação interpessoal são mais fracas e para combate rápido a rumores e desinformação. As barreiras relacionadas ao gênero devem ser analisadas e abordadas na seleção dos canais de comunicação, mensagens e

ferramentas apropriados para abordar as diferentes necessidades, preferências e problemas de diferentes mulheres e homens nas comunidades (por exemplo, reconhecer as taxas mais baixas de alfabetização das mulheres em muitos lugares).

- **Envolvimento das partes interessadas e influenciadores** para capacitar líderes religiosos e comunitários, profissionais de saúde, parlamentares, grupos de mulheres e jovens e outros grupos para que influenciem positivamente a tomada de decisões rumo a um comportamento desejado, incluindo a vacinação. Os influenciadores e as fontes confiáveis de terceiros nas redes sociais podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento de um forte consenso público sobre a urgência do surto e a necessidade de se tomar coletivamente a decisão de vacinar. Devem ser feitos esforços para garantir a participação igualitária e significativa das mulheres em todos os esforços de envolvimento da comunidade (envolvimento das mulheres nas comunidades e em termos de participação em equipes de mobilização social).
- **Profissionais da linha de frente e mobilizadores comunitários** treinados para garantir que informações confiáveis e precisas cheguem à população afetada, a fim de apoiar uma resposta de alta qualidade, especialmente quando a estratégia de C4D depende da comunicação interpessoal. Há padrões globais de treinamento disponíveis para treinamento de vacinadores e outros voluntários³⁶.

³⁶ Ver o *Manual de treinamento de poliomielite para supervisores de profissionais de saúde*. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/03/GPEI-Health_Supervisors_Training_Manual.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021).

ALCANÇAR POPULAÇÕES ESPECIAIS E ÁREAS AFETADAS POR CONFLITOS

As populações especiais de difícil acesso ou que residem em áreas de conflito podem ser particularmente vulneráveis a surtos de poliomielite. O projeto de intervenções e mensagens estratégicas de C4D para essas populações deve sempre ser baseado no perfil social dos casos de PFA não poliomielite confirmados e de dose zero ou casos de contato, bem como qualquer outra pesquisa social disponível para esses grupos.

Os mobilizadores comunitários devem ser selecionados das comunidades-alvo, devendo ser feitos esforços para garantir a participação equitativa e significativa das mulheres em todas as atividades de mobilização social e extensão de serviços.

Os influenciadores/grupos da comunidade devem ser consultados e envolvidos na fase de planejamento da campanha com continuação até o fim do surto. Esses influenciadores podem ser um líder de clã, prefeito, avó, professor ou um ancião da comunidade. Seria importante sensibilizar as comunidades para a PFA e incentivar a notificação, inclusive por meio de redes comunitárias, se aplicável.

Problemas geográficos, de segurança ou demográficos podem limitar o acesso. O uso de meios não tradicionais, como mensagens de texto no celular, conscientização em torno de pontos de água, dias em que a população se desloca de um lugar para outro, impressão de mensagens sobre a poliomielite em sacolas de alimentos ou a inserção de mensagens em embalagens de pães e outras inovações podem ampliar as estratégias de comunicação padrão.

9 APOIO DA GPEI

As autoridades nacionais têm a propriedade e a responsabilidade finais por uma resposta robusta e abrangente aos surtos de poliovírus e a manutenção da liderança durante toda a resposta. Os parceiros da GPEI apoiam as funções-chave de uma resposta a surtos, incluindo:

- Preparação para surtos.
- Avaliação de risco e planejamento da resposta a eventos/surtos.
- Defesa de causa e coordenação.
- Recursos técnicos e humanos, incluindo:
 - gerenciamento de informações;
 - comunicação, mobilização social e mudança de comportamento;
 - atividades de vacinação;
 - aprimoramento da vigilância;

- segurança e acesso.

- Finanças e logística, incluindo mobilização coordenada de recursos e aproveitamento de recursos de doadores.
- Avaliação da resposta a surtos.

A Tabela 6 fornece um sumário da natureza do apoio que se espera que a GPEI forneça, de acordo com o grau do surto, conforme atribuído pela OMS ou alterado para apoio a picos de demanda pela GPEI. Cada surto é único, assim como as necessidades de apoio. Os responsáveis pela coordenação nacional, regional e global de surtos precisarão reavaliar continuamente as necessidades de apoio para garantir uma resposta efetiva e oportuna.

Tabela 6 – Ampliação e apoio à resposta a surtos de acordo com o grau

Tipo de apoio	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Liderança da resposta	Coordenador nacional	Coordenador indicado pela GPEI	Coordenador indicado pela GPEI e defesa de causa de alto nível, conforme necessário
Contato técnico	Missão de especialistas em poliomielite dos parceiros da GPEI para apoiar o desenvolvimento do plano de resposta a surtos	Implantação de uma equipe multidisciplinar de resposta rápida	Implantação de uma equipe multidisciplinar de resposta rápida
Pico de demanda	Apoio ao programa <i>Stop Transmission of Polio (STOP)</i> , se necessário	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação da equipe de apoio a picos de demanda:¹ equipe de consultores multidisciplinares para implantação mínima de seis meses • Apoio ao STOP 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação da equipe de apoio a picos de demanda:¹ equipe de consultores multidisciplinares para implantação mínima de seis meses • Apoio ao STOP
Financeiro	Financiamento padrão para resposta a surtos Atividades de imunização (adiantamento de até US\$ 1.000.000) ²	<ul style="list-style-type: none"> • Política de financiamento de “pré-financiamento/sem arrependimentos” (adiantamento de até US\$ 1.000.000) antes da conclusão do orçamento de resposta 	<ul style="list-style-type: none"> • Política de financiamento de “pré-financiamento/sem arrependimentos” (adiantamento de até US\$ 1.000.000) antes da conclusão do orçamento de resposta – para apoiar a preparação da resposta e medidas de segurança, se necessário
Segurança e acesso	Coordenação com as Nações Unidas e agências humanitárias em campo	Coordenação com as Nações Unidas e agências humanitárias em campo	Implantação de agente(s) de segurança de campo, quando necessário Coordenação com as Nações Unidas e agências humanitárias em campo

¹ A composição da equipe e o número de especialistas destacados para as equipes de resposta rápida e apoio a picos de demanda serão ampliados a fim de atender às necessidades do país.

² O financiamento padrão está sujeito a condições de reembolso, conforme determinado caso a caso.

COORDENAÇÃO

Os mecanismos de coordenação para a poliomielite são acionados por uma notificação laboratorial (Dia 0) de um novo surto ou evento de alto risco. Os níveis de país, região e global serão coordenados para apoiar a investigação, a avaliação rápida de risco e a determinação das próximas etapas.

O ORPG liderará a coordenação da resposta ao surto com as autoridades nacionais, a RRT na Região Africana, IMST na Região do Mediterrâneo Oriental, os escritórios regionais da OMS e do UNICEF e todos os parceiros da GPEI. O ORPG realizará uma chamada de coordenação dentro de 48 a 72 horas com os parceiros para atender às necessidades do país, monitorar o fornecimento imediato de pré-financiamento (também conhecido como financiamento sem arrependimento) e planejar os recursos necessários e o apoio às intervenções iniciais da resposta. O ORPG incluirá todos os conjuntos de habilidades necessários para coordenar a resposta a surtos. Serão fornecidas atualizações regulares pelo ORPG ao Comitê de Estratégias da GPEI.

Nos surtos de grau 2 e 3 (e eventos de alto risco), os escritórios regionais da OMS e da UNICEF, em consulta com o ORPG, nomearão um coordenador de surto para implantação em nível nacional dentro de 14 dias do Dia 0. O coordenador de surtos da GPEI será implantado como apoio adicional para as autoridades do país, complementando a equipe sênior da GPEI existente, de modo a garantir coordenação abrangente e oportuna e gerenciamento de surtos em nível nacional e subnacional.

ORÇAMENTOS E FINANCIAMENTOS

Abordagem coordenada

O objetivo do financiamento de resposta a surtos é garantir que os desafios do fluxo de caixa não interfiram na implementação das atividades de resposta, com base em um modelo de “orçamento-mobilização-financiamento-reabastecimento”. As autoridades nacionais devem preparar rapidamente um orçamento abrangente, em colaboração com a OMS, o UNICEF e outros parceiros. O orçamento deve incluir uma estimativa abrangente dos custos de todas as atividades (ou seja, coordenação, vacinação, vigilância, comunicação e mobilização social) e das funções facilitadoras (ou seja, operações de laboratório, treinamento e transporte). Um plano de trabalho conjunto abrangente e um orçamento compartilhado com todos os níveis envolvidos ajudarão na mobilização de fundos de doadores para garantir financiamento para as atividades de resposta. A Sede do ORPG e da OMS fornecerá orientações e cronogramas específicos sobre o orçamento para surtos.

Política de financiamento de ações preventivas (no regret)

A política de financiamento de ações preventivas (no regret) (adiantamento de até US\$ 1 milhão) ajuda a garantir uma liberação de fundos oportuna e sem barreiras aos países para apoiar a resposta ao surto. Essa política afirma que é melhor sobrecarregar as funções fundamentais do que arriscar falhas por atrasos nos recursos. O limite de pré-financiamento pode ser aumentado, de modo a ficar acima de US\$ 1 milhão, mediante apresentação de justificativa adequada pelo programa do país e pelos respectivos escritórios regionais/RRT/IMST. A liberação de fundos

pelos parceiros da GPEI pode ser anterior à classificação do surto pela OMS, com base na avaliação inicial de risco e na discussão entre os níveis nacional, regional e global. Considerando que os fundos geralmente serão liberados pela OMS e pelo UNICEF, outro parceiro da GPEI pode, ocasionalmente, fornecer o financiamento. Os fundos pré-financiados devem ser incluídos e contabilizados no orçamento de resposta a surtos preparado pelo programa do país.

PICO DE DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS

Os objetivos do apoio da GPEI a picos de demanda são: i) **ativar rapidamente o destacamento** de profissionais qualificados, especialmente para surtos de grau 2 e grau 3, a fim de apoiar a equipe nacional de resposta nas principais funções de resposta a surtos; e ii) **garantir uma transição suave** para o pessoal de longo prazo. É importante garantir o recrutamento equilibrado de mulheres e homens para funções técnicas e operacionais em todos os níveis.

A implantação deve ocorrer até o Dia 3 por meio de um mecanismo que envolve integralmente o parceiro na implantação de profissionais e consultores qualificados no nível regional e apoiados no nível global por meio do ORPG.

O ORPG coordena o apoio a picos de demanda e à assistência técnica nas seguintes áreas:

- Identificação dos principais papéis, de acordo com o grau do surto e as necessidades avaliadas do país. A experiência oferecida inclui conjuntos de habilidades técnicas (comunicação, imunização, vigilância, gerenciamento

de dados) e operacionais (coordenação, finanças, recursos humanos).

- Composição da equipe dimensionada de acordo com a necessidade, por exemplo, coordenador de resposta a surtos, gerente de operações, oficial de comunicações e especialistas técnicos em imunização, vigilância e mobilização social.
- Também pode estar disponível pessoal com experiência especializada para oferecer apoio a estratégias inovadoras a fim de melhorar a qualidade da resposta, como no mapeamento GIS da zona do surto.
- A **Equipe de Resposta Rápida** envolve a implantação das respectivas agências de GPEI, incluindo os escritórios regionais. O recrutamento para apoio ativo pode se estender além das equipes do surto dentro de cada agência. O período de implantação vai desde a notificação do surto até a SIA de resposta rápida ou a primeira SIA de grande escala (SIA1), quando indicado.
- A **equipe de apoio a picos de demanda** é uma lista de plantão interagências para implantação de longo prazo que utiliza uma plataforma central para facilitar a visibilidade e a geração de relatórios. A Equipe de apoio a picos de demanda deve estar instalada dentro de 21 dias após a notificação do surto. O período esperado de implantação vai desde a SIA de resposta rápida até o final do surto. As equipes de resposta terão como objetivo pelo menos uma semana de sobreposição entre o trabalho da Equipe de Resposta Rápida e o da Equipe de apoio a picos de demanda para garantir uma transferência completa e detalhada.
- Identificar necessidades e defender a causa de apoio especializado e inovação quando exigido pelo contexto (por exemplo, microplanejamento orientado

por GIS, enumeração detalhada, administração e finanças).

PADRÕES DE DESEMPENHO DA GPEI

Os parceiros da GPEI realizarão uma série de atividades para apoiar a resposta liderada pelo país. Os padrões de desempenho de resposta a surtos descrevem os resultados esperados de cada nível de parceiros da GPEI nas principais funções de resposta a surtos. As ações e os resultados esperados dos países e parceiros da GPEI por cronograma específico (dentro de horas, dias e semanas do relatório de sequenciamento do vírus) estão descritos no Anexo 2. Esses padrões de desempenho se aplicam a surtos de poliomielite de todos os graus. Esses padrões não são completos e podem ser modificados, conforme necessário, para

se adequar ao contexto específico do país e do surto. O ORPG fornecerá apoio para coordenar e monitorar a resposta ao surto.

Embora existam indicadores detalhados relacionados à resposta a surtos específicos, a GPEI desenvolveu em sua estratégia para 2022-2026 um esquema de monitoramento e avaliação de alto nível, com desfechos desejados específicos e indicadores-chave de desempenho.³⁷ O progresso verificado nesses indicadores-chave de desempenho será avaliado e apresentado ao Comitê de Estratégias trimestralmente. O Comitê de Estratégias, após analisar o progresso, informará o Conselho de Supervisão da Poliomielite e levantará quaisquer preocupações importantes. Uma análise completa do programa em relação aos marcos da estratégia, incluindo os de resposta a surtos, será realizada no último trimestre de 2023.

³⁷ Ver *Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026: Cumprimento de uma promessa.* (<https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/>, acessado em 15 de novembro de 2021)

10 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA

A garantia de qualidade na resposta a surtos é fundamental e deve incluir métodos quantitativos e qualitativos para todos os aspectos principais da resposta. Os países são incentivados a desenvolver ferramentas e indicadores adaptados para melhor monitorar todas as etapas e os componentes da investigação e da resposta a surtos. Ver ferramentas e documentos de orientação na biblioteca GPEI (<https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>).

A Tabela 7 descreve as abordagens e os indicadores sugeridos para monitoramento, mas não é uma lista completa. A captura eletrônica de dados que utiliza dispositivos habilitados para celulares e o upload seguro de dados em tempo real são recomendados sempre que possível para apoiar relatórios oportunos e abrangentes em todas as atividades de resposta (vigilância, vacinação, indicadores sociais). O uso de métodos de captura eletrônica de dados requer treinamento efetivo, limpeza e análise de dados e contínuas verificações de qualidade. Deve ser feito um esforço para se aproveitar os sistemas de dados eletrônicos nacionais existentes, se possível. Os governos nacionais devem tomar providências para possivelmente sustentar o sistema de dados eletrônicos após a resposta ao surto de poliomielite para utilização em programas mais amplos de saúde e imunização.

MONITORAMENTO DA QUALIDADE DAS SIAS

O indicador primário para a **SIA de resposta rápida** é o tempo em dias desde a notificação do surto (Dia 0) até o primeiro dia de vacinação (Meta <14 dias). O monitoramento da campanha pode ser realizado se a capacidade permitir, mas não deve diminuir os recursos do microplanejamento de alta qualidade da SIA1 e SIA2 em grande escala

SIA1 e SIA2 devem ser totalmente monitoradas e os resultados comunicados aos parceiros da GPEI dentro de 14 dias de cada campanha. O objetivo do monitoramento é identificar todas as áreas ou subpopulações com < 90% de cobertura ou crianças persistentemente não vacinadas para que ações corretivas possam ser adotadas. As áreas de baixo desempenho devem ser amplamente discutidas para determinar estratégias especiais, esforço adicional (por exemplo, extensão da campanha, comunicações e/ou equipes de vacinação adicionais, ou uma rodada de *mop-up* (limpeza) com uma estratégia de comunicação ajustada) e recursos necessários.

As estratégias necessárias para monitorar as campanhas de todas as SIAs (SIA1, SIA2), todas as atividades de *mop-up* (limpeza) e SIAs adicionais de grande escala incluem, no mínimo, IM e LQAS em cluster.

Tabela 7 – Avaliação da qualidade da resposta: fatores a serem considerados antes, durante e após a implementação

Vigilância	Vacinação	Comunicação e mobilização social
Planejamento e preparação		
<ul style="list-style-type: none"> Análise rápida dos dados de vigilância disponíveis Aumentar para quinzenal a frequência das amostragens de VA Iniciar nova VA, se apropriado Validar/analisar casos de PFA e coleta de amostras de esgoto de VA 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores do painel de preparação > 90% Evidência de treinamento para todo o pessoal Microplanos precisos de baixo para cima com mapeamento detalhado, complementados por inovações como imagens GIS e validação cruzada sempre que possível 	<ul style="list-style-type: none"> Evidência de envolvimento com a comunidade, os grupos de mulheres e os líderes religiosos Envolvimento do governo nacional com apoio ativo para a resposta Estratégias direcionadas detalhadas e atualizadas para populações especiais Investigação social aprofundada de caso(s) e/ou comunitária para identificar populações especiais ou crianças subvacinadas
Implementação		
<ul style="list-style-type: none"> Taxa anualizada de PFA não poliomielite > 3 casos/100.000 crianças menores de 15 anos (desagregado por sexo) na zona de surto e na área de risco imediato Impacto do aprimoramento da vigilância (por exemplo fonte e número de casos de PFA notificados, busca ativa) Processo de VA e indicadores de desempenho 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoramento independente dentro da campanha > 90% de cobertura Verificações pontuais e enquetes > 90% de cobertura (por exemplo em mercados, centros de trânsito) Uso de estratégias para garantir que as fronteiras sejam cobertas (por exemplo, "handshake" entre equipes) 	<ul style="list-style-type: none"> Estratégias direcionadas usadas para otimizar as atividades de resposta em populações especiais Evidência de aumento geral da sensibilização da comunidade à PFA e à importância da vacinação Apoio ativo da comunidade, incluindo grupos de mulheres e líderes religiosos ativos durante as campanhas de vacinação Sem recusas de vacinação em bloco
Acompanhamento pós-campanha		
<ul style="list-style-type: none"> Vigilância de PFA não poliomielite > 3/100.000 (na zona de surto/áreas de alto risco) por pelo menos 12 meses após a última detecção do poliovírus Análise específica da taxa de PFA não poliomielite para todas as populações de alto risco Evidência do impacto da vigilância em populações de difícil acesso, inacessíveis e de alto risco 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoramento independente pós-campanha > 90% de cobertura; e > 80% dos lotes LQAS passaram no limite de 90% (dados desagregados por sexo) Nenhuma evidência de crianças não vacinadas persistentemente ou áreas geográficas não vacinadas Relatórios robustos e oportunos, usando inovações como coleta de dados móveis e/ou coordenadas do sistema de posicionamento global (GPS) para cobertura sempre que possível 	<ul style="list-style-type: none"> Evidência de que a conscientização da campanha foi > 90% de todos os domicílios (IM e/ou LQAS) Populações especiais > 90% de cobertura Análise de dados desagregados para populações de alto risco e gênero para crianças não vacinadas ou recusas, para orientar as intervenções

Monitoramento intra e pós-campanha.

O monitoramento intra e pós-campanha emprega métodos de enquete com amostragem intencional em áreas em que se espera que a cobertura seja insuficiente e deve ser implementada de acordo com o protocolo. O objetivo do monitoramento intracampanha é garantir ações corretivas em tempo hábil (por exemplo, no mesmo dia ou no dia seguinte, incluindo estratégias de revisita) para melhorar o desempenho da implementação. O monitoramento pós-campanha permite uma análise aprofundada e rigorosa das áreas não vacinadas ou que não atingem as metas de cobertura e um exame dos motivos para haver crianças não vacinadas.

São recomendadas enquetes **LQAS em cluster** realizadas com amostragem proporcional ao tamanho da população para todas as áreas cobertas pela resposta a surtos. Para que os resultados sejam válidos, deve-se ter cuidado para planejar e implementar de acordo com o protocolo. Há orientações específicas disponíveis³⁸.

Verificações pontuais, enquetes de conveniência e relatórios verbais por monitores, supervisores e observadores de campanha independentes (por exemplo, pessoal da GPEI internacional ou funcionários de agências terceirizadas) são um complemento muito útil no monitoramento da SIA, e devem ser bem-vindos e usados livremente para confirmar ou questionar os relatórios de cobertura.

A seleção e o treinamento de monitores são importantes. Termos de referência claros que descrevam a independência dos monitores das atividades de imunização são úteis para todos os monitores.

Idealmente, os monitores devem ser recrutados e treinados para cada rodada da SIA. É desencorajado o destacamento do mesmo pessoal nas mesmas áreas em campanhas sucessivas, para manter a independência. As fontes de recrutamento de monitores incluem universidades e faculdades (por exemplo, estudantes de enfermagem ou medicina), ONGs comunitárias ou agências de serviços (por exemplo, profissionais de saúde não diretamente envolvidos na resposta), devendo ser selecionados de acordo com o contexto local, garantindo uma participação equilibrada de mulheres e homens.

O momento oportuno de relatar os resultados do monitoramento é importante para garantir responsabilidade, identificação rápida de problemas e correção de curso, quando necessário. Os resultados do monitoramento devem ser comunicados aos parceiros da GPEI em nível nacional, regional e global dentro de 14 dias após a conclusão da campanha.

MONITORAMENTO DE APRIMORAMENTO DA VIGILÂNCIA

Os países devem monitorar os indicadores de vigilância e os relatórios semanais de todas as unidades subnacionais de notificação com ênfase nas subpopulações de alto risco e no desfecho e impacto de todas as melhorias.

Além dos indicadores de vigilância de rotina de PFA com detalhes no nível de notificação subnacional, atualizações regulares sobre os indicadores de processo devem ser

³⁸ Ver: *Avaliar os níveis de cobertura de vacinação usando amostragem de garantia de qualidade de lotes agrupados: manual de campo*. 2012. Genebra, Manual da Erradicação Global da Poliomielite (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Assessing-Vaccination-Coverage-Levels-Using-Clustered-LQAS_Apr2012_EN.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021).

fornecidas, incluindo o momento oportuno da investigação, a coleta de amostras e o recebimento no laboratório.

Os relatórios devem ser adequados para permitir que as autoridades identifiquem antecipadamente os problemas, gerem soluções apropriadas para melhorar o desempenho e aumentem a confiança de que o desempenho seja bom o suficiente para detectar a transmissão contínua de vírus. Por exemplo, os resultados de pesquisas de casos ativos retrospectivos e *ad hoc* nas unidades comunitárias e de saúde devem ser resumidos de forma abrangente e relatados em tempo hábil.

Os laboratórios também devem resumir rotineiramente quaisquer desafios de capacidade que enfrentam e as soluções propostas. Também devem ser acompanhadas de perto as tendências na carga de trabalho laboratorial, bem como o momento oportuno e a precisão dos testes de poliovírus, e um mecanismo de notificação deve ser definido em nível laboratorial e regional.

MONITORAMENTO PÓS-IMPLANTAÇÃO DA NOVA VOP2

Nos países que usam a nova VOP2 enquanto sob EUL, o monitoramento pós-implantação (PDM) é um requisito essencial, pois os países devem ser capazes de contribuir para a documentação sobre a estabilidade genética, a segurança e a efetividade da nova VOP2, rastreando seu desempenho no campo. Todos os países que usam a nova VOP2 precisarão cumprir os compromissos acordados no

processo de verificação de prontidão. O monitoramento do cumprimento desses compromissos após o uso do nVOP2 é uma etapa essencial para garantir que os países atendam aos requisitos de EUL da OMS. Essas informações serão baseadas principalmente nos mecanismos existentes de vigilância da poliomielite e da segurança da vacina nos países afetados por surtos de poliomielite. O monitoramento pós-implantação (PDM) começa assim que a nova VOP2 for usada pela primeira vez, e algumas atividades do PDM durarão até 12 meses após a última SIA de nVOP2³⁹.

AVALIAÇÕES DA RESPOSTA AO SURTO (OBRAS)

O objetivo das OBRAs é avaliar se a resposta de vacinação e vigilância é robusta o suficiente para detectar e interromper a transmissão do poliovírus e determinar as etapas necessárias para resolver as lacunas. As OBRAs da poliomielite devem ser realizadas de maneira oportuna e efetiva, por especialistas independentes, não envolvidos diretamente com a resposta ao surto que está sendo avaliada.

A primeira OBRA deve ser realizada 3 a 4 meses após a notificação do surto. Durante o curso da resposta ao surto, a GPEI/ORPG enviará missões trimestrais, conjuntas ou individuais pelas agências parceiras (conforme necessário e viável), para apoiar o programa do país e avaliar o progresso. Surtos prolongados podem exigir OBRAs intermediárias ou análises documentais independentes/externas. Uma OBRA deve ser cogitada após um intervalo de seis

³⁹ Ver: lista de verificação pós-campanha nVOP2; Atividades a serem concluídas após uma resposta nVOP2 (<https://bit.ly/nOPV2-post-campaign-checklist>, acessado em 15 de dezembro de 2021).

meses a partir do último isolamento do surto de poliovírus.

Nos eventos de alto risco, em que a vacinação de resposta foi realizada, também pode ser realizada uma avaliação da resposta ao evento ou uma análise documental externa. Em situações em que a avaliação presencial não é possível (incluindo as limitações relacionadas à pandemia da COVID-19), podem ser cogitadas OBRAs virtuais e análises documentais. O foco, o escopo e a ênfase das OBRAs serão ajustados de acordo com o intervalo desde o último isolado de poliovírus e o contexto local, e serão refletidos nos termos de referência específicos da avaliação.

O ORPG, RRT, IMST e o respectivo escritório regional da OMS facilitarão conjuntamente a organização das OBRAs e acompanharão as análises documentais do programa em coordenação com as equipes nacionais. O líder da equipe da OBRA fará uma inquirição do trabalho realizado pela equipe do país antes de partir e, posteriormente, apresentará um relatório à equipe do país, ao presidente do ORPG, às equipes regionais de resposta à poliomielite e ao diretor do programa de poliomielite da OMS. O escritório regional da OMS confirmará o fim do surto, se aplicável, com base no relatório de avaliação e nas recomendações.

O país deve desenvolver um plano de ação baseado nas recomendações da OBRA, visando fortalecer a resposta a surtos. Se a OBRA recomendar o encerramento de um surto, o país deve desenvolver um plano pós-OBRA no prazo de um mês após o encerramento do surto, concentrando-se em manter os mecanismos de melhoria da

cobertura do PAI e da vigilância sensível para poliovírus implementados durante a resposta ao surto. As OBRAs realizadas em situações especiais, como vários países afetados pelo mesmo surto (mesma cepa/emergência de poliovírus), vários surtos de cVDPV no mesmo país etc., devem ser tratadas caso a caso. Estão disponíveis orientações detalhadas, ferramentas e materiais para avaliações de resposta a surtos e gestão de vacinas⁴⁰.

O surto acabou?

Um surto pode ser considerado encerrado e a resposta pode ser encerrada quando nenhum poliovírus for detectado por seis meses; desde que a vigilância seja adequada na zona do surto e em outras áreas de alto risco e haja evidências convincentes de que existem medidas suficientes para interromper a transmissão do poliovírus nas áreas afetadas por conflito, bem como em meio a populações deslocadas e de difícil acesso. Se essas condições não forem atendidas, a equipe da OBRA fará recomendações para ações corretivas (reforço da vigilância, melhoria da qualidade da vacinação etc.). Após um período adicional de seis meses (ou seja, após 12 meses da última detecção) sem detecção de um poliovírus de qualquer origem, o surto pode ser considerado encerrado e a resposta pode ser encerrada, com base na análise e recomendação da OBRA.

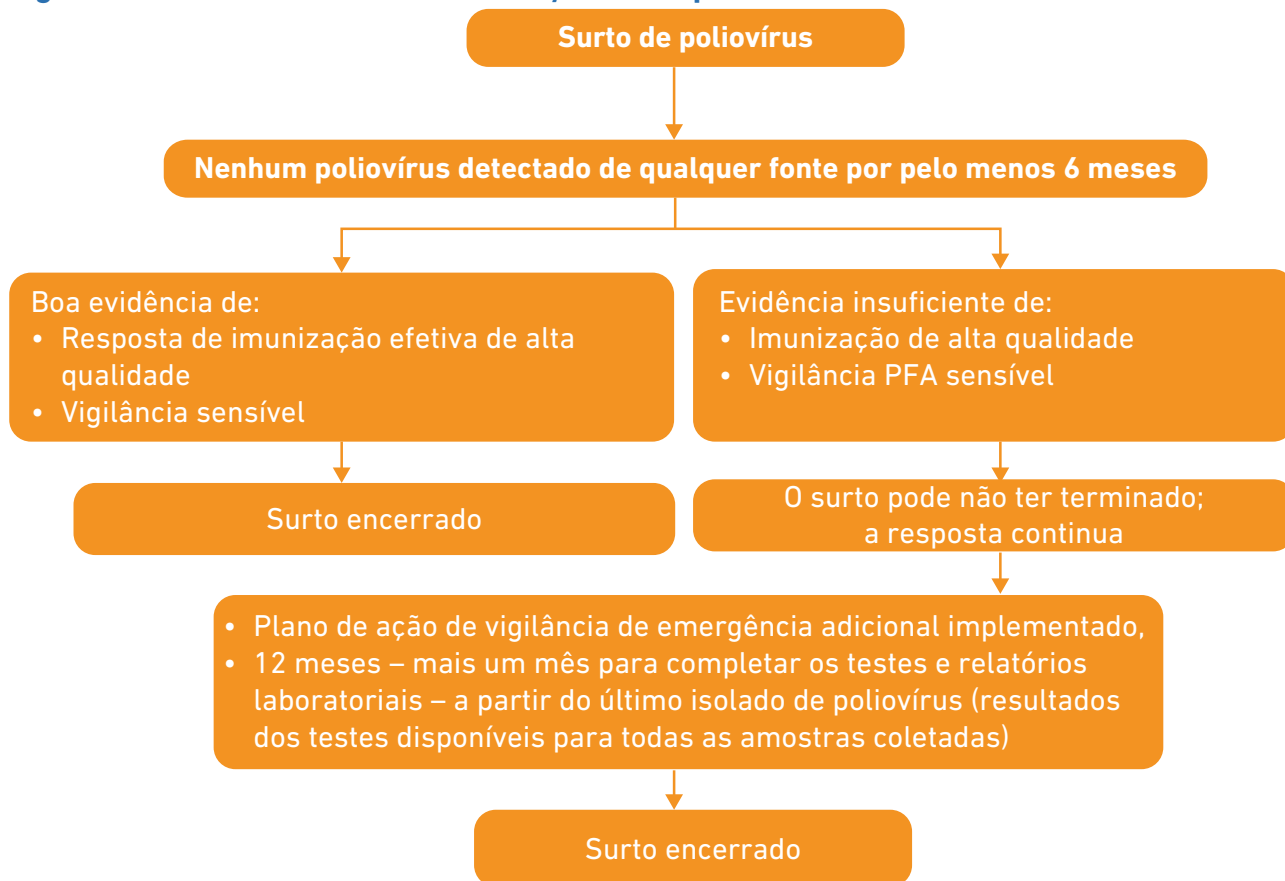
Quando os critérios de “fim do surto” são atendidos e/ou a equipe da OBRA está convencida de que a resposta ao surto foi suficiente, seguindo a árvore de decisão a seguir (Figura 5), o escritório regional da OMS pode: considerar as conclusões da OBRA em consulta com o ORPG,

⁴⁰ Ver: *Avaliação de Resposta a Surtos de Poliomielite (OBRA): Aide Mémoire 2018* (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, acessado em 15 de novembro de 2021).

compartilhar o relatório com o comitê nacional de certificação e a comissão regional de certificação e pode confirmar

que o surto acabou e pode ser “encerrado”. O país será informado em conformidade com isso.

Figura 5 – Árvore de decisão de avaliação da resposta a surtos



Quadro 4:

A poliomielite foi declarada uma emergência de saúde pública de importância internacional em 5 de maio de 2014 e, de acordo com as Recomendações Temporárias emitidas pelo diretor-geral da OMS, os critérios para avaliar os países como não mais infectados pelo WPV1 ou cVDPV são os seguintes:

- Caso de poliovírus: 12 meses após a data de início do caso mais recente MAIS um mês para contabilizar a detecção de casos, investigação, testes laboratoriais e período de notificação; OU quando todos os casos de PFA relatados com início dentro de 12 meses do último caso foram testados para poliomielite e excluídos para WPV1 ou cVDPV e as amostras ambientais que foram coletadas dentro de 12 meses do último caso também tiveram resultado negativo, o que for mais longo.
- Isolamento ambiental de WPV1 ou cVDPV (sem caso de poliovírus): 12 meses após a coleta da amostra ambiental positiva mais recente MAIS um mês para contabilizar os testes laboratoriais e o período de relatório.
- A cada três meses, o comitê se reúne para analisar a situação de emergência e determinar a quais países as Recomendações Temporárias devem ser aplicadas. No entanto, se um país for considerado não mais infectado de acordo com as Recomendações Temporárias, isso nem sempre significa que o surto está encerrado, pois a resposta pode precisar continuar.

DOCUMENTAR AS LIÇÕES APRENDIDAS

Há grande valor na análise do desempenho da resposta ao surto ou evento pelos países e na documentação das lições aprendidas. A documentação do surto deve, entre outras coisas, incluir:

- Uma investigação detalhada do surto e uma avaliação de risco.
- Epidemiologia descritiva (incluindo investigação do caso índice).
- Resposta de vigilância para acompanhar a evolução até o final.
- Resposta de imunização descrevendo os principais marcos para garantia de qualidade e inovações (microplanejamento, treinamento, monitoramento de preparação, gestão de logística, envolvimento da comunidade e monitoramento/supervisão).

- Coordenação da resposta ao surto, incluindo o momento oportuno e a efetividade dos esforços de pico de demanda.

Normalmente, a melhor prática na resposta a emergências inclui uma análise formal após a ação. As lições aprendidas são úteis para melhorar o planejamento de preparação para emergências e podem orientar a resposta a eventos e surtos futuros.

A documentação do surto também deve descrever as lições aprendidas e as melhores práticas destacadas pelas OBRA e pelas análises externas, tais como estratégias para a interrupção bem-sucedida de surtos de poliomielite. Vários documentos relevantes sobre boas práticas já foram publicados.⁴¹ Há apoio disponível para os países documentarem as lições aprendidas com a erradicação da poliomielite.

⁴¹ Ver Capturar e compartilhar as lições aprendidas [site] Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/lessons-learned-from-polio-eradication/>, acessado em 15 de novembro de 2021).

11 INTEGRAÇÃO DE GÊNERO

A nova Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026 enfatiza a importância do uso de análises rápidas de gênero para uma resposta mais efetiva aos surtos. Ao coletar e analisar dados desagregados por sexo e informações sensíveis ao gênero, as equipes de linha de frente da resposta ao surto desenvolvem uma compreensão mais robusta da população que melhora o envolvimento da comunidade e aumenta a aceitação da vacina.

A integração do gênero na resposta a surtos incidirá nas seguintes áreas:

Análise de gênero

A análise rápida de gênero fornece informações essenciais sobre papéis e responsabilidades de gênero, capacidades e vulnerabilidades para orientar a programação. É usada em situações em que o tempo é essencial e os recursos são muito escassos. Conforme descrito na nova Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026, a análise rápida de gênero na resposta a surtos será guiada pela [Avaliação Rápida Inicial Multissetorial \(MIRA\) do IASC](#)⁴² e pela [Análise Rápida de Gênero da CARE International](#)^{43 44}. A análise rápida de gênero deve ser específica ao contexto e requer uma abordagem adaptada às necessidades e aos interesses

das comunidades afetadas e em risco. Isso pode exigir o envolvimento de especialistas locais no país.

Comunicação

Envolvimento da comunidade, mudança social e de comportamento (SBC) são componentes fundamentais da resposta ao surto de poliomielite. A abordagem de resposta ao surto de poliomielite é projetada para corrigir percepções, normas sociais e crenças que impedem os cuidadores de vacinar seus filhos, especialmente normas de gênero que inibem o acesso e a adoção de vacinas, e para reconstruir o compromisso com a vacinação por meio do desenvolvimento de comportamentos e esforços de mudança social, incluindo a imunização de rotina. No início de um surto, é importante realizar avaliações comportamentais rápidas e analisar todas as fontes de dados existentes e disponíveis para entender os conhecimentos, as atitudes, as práticas e os comportamentos. A compreensão de como as questões de gênero interagem com outros fatores para inibir ou promover o acesso a informações e serviços e impactar a aceitação de serviços nas comunidades é um componente fundamental das intervenções de SBC. As questões de gênero devem ser integradas à análise

⁴² Ver: *Ferramenta, Avaliação Rápida Inicial Multissetorial (MIRA)*, julho de 2015 Força-Tarefa de Avaliação de Necessidades do IASC (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021).

⁴³ Ver: *Na prática, análise rápida de gênero* (<https://insights.careinternational.org.uk/in-practice/rapid-gender-analysis>, acessado em 15 de novembro de 2021).

⁴⁴ Ver: *Padrões mínimos da OXFAM para gênero em emergências* (https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/ml-oxfam-gender-emergencies-minimum-standards-291113-en_0_0.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021).

de coleta de dados para garantir que os papéis e as normas de gênero sejam levados em conta ao se projetar estratégias e intervenções para as comunidades e em conjunto com elas. As evidências mostram que as mulheres (muitas vezes as principais cuidadoras das crianças) são muitas vezes desfavorecidas quando se trata de acesso a informações e serviços de imunização e saúde, e a compreensão das principais intervenções comportamentais, juntamente com mensagens personalizadas, as principais modalidades de fornecimento de informações e de comunicação de risco devem ser alinhadas e cuidadosamente adaptadas às necessidades de várias comunidades e, mais importante, ser orientadas pelas mulheres e membros das comunidades para melhor identificação e aceitação.

Força de trabalho da saúde

Os profissionais de saúde têm um papel crucial na resposta ao surto de poliomielite. Atenção deve ser dada para garantir maior equilíbrio de gênero nos processos de recrutamento, com olhar especial ao equilíbrio de gênero em todas as funções e em cada nível do programa. As mulheres profissionais de saúde da linha de frente da resposta a surtos devem ser ativamente apoiadas na identificação e abordagem das barreiras e desafios que enfrentam (incluindo a garantia de um ambiente

de trabalho seguro, inclusivo e de apoio, prevenção da exploração e abuso sexuais e medidas de proteção). Além disso, é muito importante que as mais recentes orientações da OMS⁴⁵⁴⁶ sobre agentes comunitários de saúde sejam levadas em consideração durante o processo de recrutamento, treinamento e gestão de profissionais de saúde.

Dados desagregados por sexo

Em consonância com a nova Estratégia de Erradicação da Poliomielite (2022-2026) e a Estratégia de Igualdade de Gênero (2019-2023), dados desagregados por sexo e idade devem ser coletados e analisados no monitoramento pós-campanha. Os dados desagregados por sexo e idade também devem ser incluídos nos relatórios, inclusive na entrega programática.

Para apoiar a integração das atividades de gênero em contextos de surto, a lista de verificação (Anexo 3) descreve as atividades, desde o recrutamento de equipes equilibradas em termos de gênero (incluindo equipes de picos de demanda) até a coleta e análise de dados desagregados por sexo para vigilância de PFA e monitoramento de campanhas, e para a incorporação de dados sociais específicos de gênero nas atividades de mobilização social, comunicação e envolvimento comunitário.

⁴⁵ Ver: *Orientação da OMS sobre política de saúde e apoio ao sistema para otimizar programas de agentes comunitários de saúde*, (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275501/WHO-HIS-HWF-CHW-2018.1-eng.pdf?ua=1>, último acesso em 15 de novembro de 2021).

⁴⁶ Ver: *COVID-19: Saúde e segurança ocupacional para profissionais da saúde: orientações provisórias, 2 de fevereiro de 2021* (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1, último acesso em 15 de novembro de 2021).

12 PREVENÇÃO DA EXPLORAÇÃO, ABUSO E ASSÉDIO SEXUAIS

De acordo com a tolerância zero da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite para má conduta sexual⁴⁷ em todas as suas operações, as ações de surto de poliomielite devem incluir medidas para garantir a proteção da população beneficiária e de profissionais que respondem ao surto de poliomielite contra exploração, abuso e assédio sexuais. Isso deve incluir treinamento, triagem de pessoal e consultores, mecanismos acessíveis para notificar possíveis denúncias, abordagem centrada na vítima para resposta à denúncia de SEA, trabalhando em estreita colaboração com o Comitê Permanente Interagências e os mecanismos da ONU.

- Os gestores de surtos devem garantir que todos os membros da equipe, incluindo os recrutamentos nacionais, estejam cientes da necessidade de cumprir as políticas da Organização sobre prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais. Isso deve ser estendido a parceiros de implementação e contratados

com menção específica nos acordos contratuais de acordo com os padrões individuais dos parceiros.

- Todos os consultores implantados estarão sujeitos à verificação de antecedentes e obrigados a concluir treinamentos on-line sobre prevenção e resposta à exploração e abuso sexuais antes da implantação.
- Os gestores de incidentes/ coordenadores de resposta a surtos devem coordenar com o ponto focal e coordenadores do PRSEAH da OMS/ UNICEF/IASC, se disponível, para uma sessão de orientação sobre a avaliação de risco da AAE, atividades de mitigação em nível nacional, mecanismos de notificação em nível nacional, qual o apoio às vítimas e sobreviventes está disponível e como fornecer encaminhamentos seguros e éticos para assistência de acordo com as vias de encaminhamento existentes em um mapeamento de serviço. Os recursos disponíveis^{48, 49, 50, 51, 52} no PRSEAH podem ser usados nesse sentido.

⁴⁷ Ver <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-oversight-board-statement-on-sexual-misconduct-20180426.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021)

⁴⁸ Ver: *Prevenção e resposta à exploração e abuso sexuais, da OMS* (<https://www.who.int/publications/m/item/who-sexual-exploitation-and-abuse-prevention-and-response>, acessado em 15 de novembro de 2021)

⁴⁹ Ver: *A Linha Direta de Integridade fornece um mecanismo seguro e independente para notificação de quaisquer preocupações sobre questões que envolvam a OMS* (<https://www.who.int/about/ethics/integrity-hotline>, acessado em 15 de novembro de 2021)

⁵⁰ Ver: *Estratégia do UNICEF para Prevenção e resposta à exploração, abuso e assédio sexuais* (<https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-05/UNICEF-Strategy-Prevent-Respond-Sexual-Exploitation-Abuse-Sexual-Harassment-January-2019.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2021)

⁵¹ Ver: *Denunciar irregularidades, como denunciar suspeita de má conduta, fraude, abuso ou outros tipos de irregularidades* <https://www.unicef.org/auditandinvestigation/fr/signaler-un-acte-r%C3%A9pr%C3%A9hensible?mdrv=www.unicef.org>, acessado em 15 de novembro de 2021)

⁵² Ver: *Proteger as crianças da exploração e abuso sexuais* (<https://www.unicef.org/protection/protecting-children-from-sexual-exploitation-and-abuse>, acessado em 15 de novembro de 2021)

- O plano de comunicação de resposta ao surto deve garantir esforços para sensibilização das populações beneficiárias sobre os riscos da AAE, seus direitos e canais para notificar possíveis denúncias, usando os canais existentes da ONU sempre que possível.
- Quaisquer denúncias de SEA ou SH devem ser imediatamente notificadas por meio dos canais organizacionais apropriados.
- Os sobreviventes/vítimas de SEA devem receber assistência imediata e/ou encaminhamento para assistência após o recebimento de uma denúncia, conforme o desejo deles, de acordo com o Protocolo de Assistência às Vítimas, da ONU⁵³.
- Os gestores e a equipe de surtos não devem discutir ou tentar investigar quaisquer denúncias.

⁵³ Ver: *Protocolo da ONU sobre a prestação de assistência às vítimas de exploração e abuso sexuais* (https://www.un.org/en/pdfs/UN%20Victim%20Assistance%20Protocol_English_Final.pdf, acessado em 15 de novembro de 2021)

ANEXOS

ANEXO 1. VISÃO GERAL DA AVALIAÇÃO DE RISCO:

Sumário dos elementos para avaliação sistemática de risco de um novo isolamento de VDPV, WPV ou SL2

Categoria de risco	Risco alto	Risco baixo	Observações
Virologia			
cVDPV	Definido automaticamente como situação de alto risco		
Fatores virológicos			
Desvio genético do vírus da vacina parental (alterações de nucleotídeos)	Substancial	Não substancial	
Relação, se houver, com isolamentos passados	Relacionado	Não relacionado	
Caracterização/interpretação do virologista	Sim	Não	
Cocirculação com WPV	Sim	Não	Procurar a avaliação de um virologista especializado
Deteção de outros VDPVs (não relacionados) na região	Sim	Não	
Fonte humana			
Coisolamento com outro Sabin ou enterovírus	Sim	Não	
Evidência de imunodeficiência primária	Não	Sim	
Fonte ambiental			
Número de isolados de vírus			
Diversidade genética (número de clusters genéticos)	Alto	Médio/baixo	Procurar a avaliação de um virologista especializado
Contexto			
Características do caso			
Membro de população sabidamente de "alto risco"/desatendida (favela, minoria, refugiado, móvel, deslocado interno etc.)	Sim	Não	Análise e discussão por especialistas técnicos, entre países, regiões e níveis globais
0 dose ou "sub" vacinado	Sim	Não	
Idade acima de 5 anos	Sim	Não	
Dados de cobertura			
Cobertura de IR [VIP se disponível, caso contrário, difteria-tétano-coqueluche (DPT3) no nível Admin 1 infectado]	Ruim	Boa/alta	Imunidade populacional" para poliovírus tipo 2, deve levar em consideração o tempo desde a troca e o uso de VIP para estimar a população virgem de tipo 2
Qualidade de SIAs anteriores (> 5% crianças não vacinadas por dados de IM, > 80% lotes LQAS aprovados)	Ruim	Razoável/boa	
Qualidade da vigilância			
Qualidade da vigilância (por exemplo, indicadores de PFA abaixo do padrão, VA infrequente ou ausente, vírus órfão) no nível Admin 1 infectado	Evidente	Razoável/boa	
Outra deteção recente de poliovírus	Sim	Não	

Categoria de risco	Risco alto	Risco baixo	Observações
Contexto do nível Admin 1			
Grande área densamente povoada	Sim	Não	
Populações sabidamente de alto risco (por exemplo, móveis, refugiados, comércio, peregrinação, deslocamento)	Sim	Não	
Área insegura e/ou inacessível que afeta a vigilância e/ou imunização	Sim	Não	
Qualquer tipo de evento sentinela que sugere maior risco de disseminação rápida	Sim	Não	
Evidência de violação de contenção	Sim	Não	
Encontrar tVOP/mVOP2/nVOP2 em uma varredura da cadeia de distribuição de vacinas	Sim	Não	
Condições ambientais associadas a altos níveis de transmissão fecal-oral	Água e saneamento deficientes	Água e saneamento regulares/bons	
Disseminação internacional			
Ligações com fronteira internacional			
Ligação de transporte contígua ou direta com fronteira internacional (especialmente se a outra área sabidamente de alto risco)	Sim	Não	
Ligação entre o local ou pessoa com poliovírus com outros países (por exemplo, mercados, rotas de transporte)	Sim	Não	Investigação de caso local/com base em dados disponíveis Análise e discussão por especialistas técnicos da GPEI, em consulta com os níveis nacionais e regionais
Histórico de viagem do caso de poliovírus ou familiares (por exemplo, refugiado, nômade, peregrinação, apátrida) para país vizinho (ou qualquer outro)	Sim	Não	
História prévia de padrões de transmissão de poliomielite e surtos entre países	Sim	Não	
Mobilidade/migração da população			
Pontos de serviço comuns entre a área infectada e áreas vizinhas, como mercados, locais de peregrinação, locais de comércio comuns etc.	Sim	Não	
Evidência de altos níveis de migração (de dados de sequenciamento, dados de telefones celulares disponíveis, padrões de migração anteriores etc.)	Sim	Não	
Contexto das áreas vizinhas			
Evidência de falhas de vigilância ou outros fatores de alto risco em áreas vizinhas suscetíveis à importação da área afetada	Sim	Não	
Imunidade da população em países/áreas vizinhas	Baixa	Boa/alta	
Conflito	Presente	Nenhum	

Anexo 2A: Cronograma e responsabilidade pelas ações no primeiro mês após a detecção do poliovírus

Ações	Dias após os resultados do sequenciamento																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-30	30+
Notificação																	
A GPLN informa as autoridades de saúde do país afetado e a OMS no nível do escritório regional e sede	█																
O país informa as autoridades de saúde, a sede da OMS informa os parceiros relevantes da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI)		█	█														
O ponto focal nacional do RSI notifica o ponto de contato regional da OMS		█															
O governo nacional declara o surto como Emergência Nacional de Saúde Pública				█	█	█	█	█	█								
Investigação																	
A equipe do país inicia investigação epidemiológica/social		█	█	█													
Coordenação																	
O Comitê de Estratégias e os Diretores Regionais das regiões da OMS e do UNICEF em questão coordenam o fornecimento de apoio e a defesa de causa necessários para uma resposta oportuna e efetiva ao surto				█	█												
Estabelecer mecanismos de resposta a eventos/surtos nos escritórios regionais e sedes, incluindo o ORPG para coordenação de parceiros da GPEI			█	█													
Ativar a resposta rápida de pico de demanda e implantação assim que disponível		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	
Ativar o apoio a picos de demanda e implantação assim que disponível															█	█	█
Avaliação de risco e plano de resposta																	
A equipe do país apresenta a avaliação de risco e a proposta de resposta aos parceiros da GPEI e ao Grupo Consultivo/ORPG (conforme apropriado) para VOP2			█	█													
A equipe do país envia a solicitação de vacina VOP2 (se aplicável)				█	█												
O Grupo Consultivo da VOP2 Sabin/ORPG (grupo de liberação da nVOP2)/parceiros da GPEI se reúnem e fornecem recomendações à equipe do país			█	█													
Surto a ser classificado pela Sede de Emergências de Saúde da OMS (WHE), de acordo com o Esquema ERF				█	█	█	█	█									
A equipe do país deve finalizar e enviar o plano e o orçamento de resposta a surtos							█	█									
Gerenciamento de vacinas																	
O diretor-geral da OMS autoriza a liberação da VOP2 do estoque global de VOP (se aplicável)			█	█													
A vacina VOP2 é enviada para o país (se aplicável)							█	█	█	█							
A vacina VOP2 é enviada para o campo (se aplicável)										█	█	█	█				
Atividades de resposta																	
Fundos de pré-financiamento/sem arrependimento (até US\$ 1.000.000) liberados para o escritório regional/nacional (se necessário) para financiar atividades de resposta inicial				█	█												
Desenvolver e implementar um plano nacional de defesa de causa e comunicação					█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Iniciar atividades de aprimoramento da vigilância					█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Implementar SIA de Resposta Rápida (Rodada 0)												█	█	█	█		
Orçamento de resposta a surtos aprovado e liberação de fundos para o país																█	█
Implementar SIA 1, SIA 2 e rodadas de mop-up (limpeza)																	█

Anexo 2B: Cronograma e responsabilidade pelas atividades de resposta a surtos desde o Dia 0 até o encerramento do surto

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Notificação de vírus do laboratório – Dia 0	Coordenação de surtos	Estabelecer uma equipe de gerenciamento de surtos com representação de todas as agências relevantes.	Governo nacional/autoridades de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	
	Recursos	Encontrar o plano nacional de preparação e resposta a surtos de poliomielite [pode ser encontrado no anexo no relatório do Comitê Nacional de Certificação (NCC)].	Governo nacional/autoridades de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	
	Recursos	Identificar pessoas treinadas ou experientes em resposta a surtos de poliomielite no país/região.	Governo nacional/autoridades de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	Escritórios/sedes regionais da OMS e UNICEF devem fornecer rapidamente os documentos necessários
	Recursos	Ler todos relatórios ou documentos de atividades anteriores de resposta a surtos.	Governo nacional/autoridades de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	
Dentro de 24 horas de notificação	Recursos	Garantir que a equipe do país tenha documentos de orientação técnica para apoiar a investigação e resposta (POPs de surto, modelo de investigação, modelo de avaliação de risco etc.).	Escritórios e sedes regionais da OMS e UNICEF	
	Investigação	Iniciar investigação epidemiológica e social conjunta (ver Capítulo 3).	Governo nacional/autoridades de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	Com o apoio do escritório regional e da sede da OMS e do UNICEF
	Comunicação	Informar as autoridades nacionais e outros parceiros relevantes.	Governo Nacional/autoridades de saúde	Sede da OMS deve informar os parceiros da GPEI (ORPG, Comitê de Estratégia)
Dentro de 24 horas de notificação	Coordenação e defesa de causa de surtos	Orientar o ministro da Saúde, chefe de governo/Estado e outros funcionários relevantes sobre as medidas específicas necessárias para uma resposta urgente para interromper o surto: 1. Estabelecer um centro nacional de operações de emergência (COE) se ainda não houver uma estrutura de coordenação de emergência existente, liderado por um alto funcionário do governo como ponto focal designado para o surto e apoiado por funcionários para administração, comunicação estratégica, operações, logística, gerenciamento de suprimentos e finanças. 2. Implementar as operações de resposta necessárias para interromper a transmissão do vírus de acordo com os POPs de resposta ao surto, tipo e classificação do vírus.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	Com o apoio dos parceiros da GPEI para garantir que as autoridades nacionais de saúde tenham as informações necessárias para se comunicar efetivamente com as partes interessadas do país.
	Notificação do RSI	Enviar notificação do RSI ao Ponto de Contato Regional da OMS 3. Garantir o mecanismo de monitoramento sistemático em todos os níveis (nacional, regional e distrital) para monitorar o progresso do planejamento, a implementação e as ações de acompanhamento ao longo das atividades de resposta. 4. Relatórios oportunos e regulares do progresso das atividades de resposta a surtos ao chefe do governo/estado e aos parceiros da GPEI.	Ponto focal nacional do RSI	Ponto de contato do RSI da OMS

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Dentro de 24 horas de notificação	Comunicação	Alertar a divisão de suprimentos do UNICEF se poliovírus tipo 2		Sede da OMS e UNICEF
	Coordenação de surtos	Iniciar mecanismos de resposta a eventos/surtos em nível do escritório regional e da sede. Compartilhar toda informação disponível com a equipe do país (rascunho de avaliação de risco, avaliações de vigilância, cobertura histórica, avaliações de segurança, grupos de alto risco etc.).		Parceiros da GPEI
	Coordenação de surtos	Grupo de Preparação e Resposta a Surtos (ORPG) deve estabelecer teleconferências semanais entre a OMS, UNICEF e parceiros da GPEI.	OMS e UNICEF devem participar	ORPG deve iniciar e presidir chamadas
	Apoio a picos de demanda de RH	Avaliar a capacidade de RH local do sistema nacional de saúde, OMS, UNICEF e outros parceiros no país para implementar operações de resposta.	Autoridades nacionais de saúde, representações da OMS e UNICEF nos países	
	Apoio a picos de demanda de RH	Solicitar procedimentos rápidos para vistos no porto de entrada para toda resposta internacional a surtos.	Governo Nacional/autoridades de saúde	Os escritórios/sedes regionais da OMS e UNICEF devem fornecer os documentos necessários rapidamente
	Apoio a picos de demanda de RH	Ativar processos de apoio a picos de demanda; implantar assim que disponível. (Meta de 72 horas – Resposta Rápida; Meta de 21 dias – Apoio a picos de demanda).	As representações da OMS e do UNICEF nos países devem fazer arranjos nos países	O ORPG e as equipes regionais de resposta à poliomielite devem coordenar
	Avaliação de risco e resposta	Iniciar modelo de avaliação de risco com proposta de estratégia de resposta de imunização.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	Com o apoio do escritório regional e da sede da OMS/UNICEF
	Comunicação	Identificar uma pessoa focal de mídia e um porta-voz para o surto.	A autoridades nacionais de saúde, os escritórios da OMS e UNICEF nos países devem concordar e nomear	
	Comunicação	Trabalhar com parceiros e contrapartes governamentais para: Fazer uma análise da situação da mídia. Realizar uma coletiva de imprensa/comunicado de mídia Iniciar monitoramento da mídia.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	Com o apoio de equipes regionais de resposta à poliomielite/escritórios regionais e sede
Situações de emergência complexas (se aplicável)		Informar o Coordenador Residente das Nações Unidas e a Equipe Humanitária do País.	Escritórios da OMS no país	
		Coordenar com o Departamento de Segurança e Proteção das Nações Unidas (UNDSS) nas missões de campo.	Representantes da OMS e UNICEF	
		Avaliar a segurança e o acesso na área de isolamento do vírus e áreas adjacentes. Solicitar ao consultor de segurança que realize uma avaliação em nível de campo.	UNDSS, em colaboração com as autoridades nacionais	O escritório regional da OMS e os conselheiros de segurança da sede devem apoiar conforme necessário
Dentro de 72 horas (3 dias) da notificação	Avaliação de risco e planejamento da resposta	1) Finalizar a avaliação de risco e proposta de resposta, com todas as informações disponíveis, inclusive de países vizinhos. 2) Apresentar a avaliação de risco e a proposta para o ORPG (poliovírus tipo 1 ou tipo 3) ou grupo consultivo VOP2 Sabin/ grupo de liberação da nVOP2 (poliovírus tipo 2) para feedback e recomendações.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	Equipes regionais de resposta à poliomielite/escritórios regionais da OMS/UNICEF e sede com apoio do ORPG

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade		
			País	Regional/Global	
Dentro de 72 horas (3 dias) da notificação	Planejamento logístico	Concluir um plano de logística, incluindo: previsões de vacinas, armazenamento a frio, armazenamento, distribuição, monitoramento de utilização, responsabilidade e descarte de vacinas (ver a orientação de gerenciamento de vacinas).	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	A sede do UNICEF deve apoiar	
	Solicitação de vacina	Apresentar solicitação de VOP2 para autorização de vacina liberada pelo diretor-geral da OMS.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	Secretariado do Grupo Consultivo de VOP2 Sabin e do grupo de liberação da nVOP2 do ORPG para analisar e enviar à Divisão de Suprimentos do UNICEF	
	Fornecimento de informações pela OMS	Um sumário pode ser notificado por meio do Site de Informações sobre Eventos (EIS) para pontos focais nacionais do RSI ou publicamente no site da OMS como Notícias sobre Surto de Doenças (DON).	Ponto focal nacional do RSI	O escritório regional e a Sede da OMS devem apoiar	
	Classificação	Preparar e participar da chamada de 3 níveis da OMS para classificação pela WHE, Sede da OMS para poliomielite, escritório regional e escritório no país, de acordo com o Esquema de Resposta a Emergências.	Representações da OMS e UNICEF nos países com autoridades nacionais de saúde	O escritório regional da OMS (Poliomielite e WHE) deve coordenar, a Sede da WHE deve classificar em consulta com a sede da POL da OMS e o escritório regional	
	Finanças	Liberar “política de financiamento de ações preventivas (no regret)” (até US\$ 1.000.000) para o escritório regional/nacional para financiar as atividades de resposta inicial.		ORPG e sede da OMS devem coordenar e liberar	
	Logística	Iniciar o envio de vacina de resposta agrupada conforme proposta de resposta.	Escritórios da OMS no país	Divisão de Suprimentos do UNICEF	
	Resposta a surtos		Comunicar o plano preliminar a todas as províncias e distritos envolvidos nas atividades de resposta.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	
			Iniciar o desenvolvimento do plano de resposta a surtos Retrospectiva e risco de transmissão adicional Estratégia proposta da SIAs (escopo, tempo etc.) Atividades de aprimoramento da vigilância Atividades de defesa de causa, comunicação e mobilização social Coordenação e parcerias Avaliação de recursos humanos Monitoramento, avaliação e avaliações de resposta a surtos (OBRA) Orçamento Buscar feedback e contribuições de equipes subnacionais	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	O ORPG deve facilitar a análise e as recomendações dos parceiros da GPEI

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Dentro de 72 horas (3 dias) da notificação	Resposta a surtos	Ativar o centro operacional de emergência nacional (COE) ou a estrutura de coordenação de emergência existente para implementar as atividades necessárias para a primeira resposta de imunização e as atividades subsequentes no plano de resposta a surtos.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite devem apoiar
	Imunização de rotina, melhoria da cobertura	Incluir uma unidade de melhoria da cobertura vacinal de rotina no COE, liderada pelo PAI Nacional e apoiada pelos parceiros de vacinação.	Autoridades nacionais de saúde/PAI nacional com apoio dos escritórios nacionais da OMS e UNICEF (equipes do PAI)	
	Defesa de causa e comunicação	Iniciar o desenvolvimento de um plano nacional de defesa de causa e comunicação com foco no envolvimento da comunidade, mobilização social e estratégias gerais de disseminação de informações ao longo do período de resposta ao surto. (Ver o Capítulo 9 para orientação detalhada.) Inclui: Sessões de conscientização pré-campanha direcionadas a populações de alto risco e de difícil acesso Comunicação proativa garantindo que as comunidades e os profissionais de saúde sejam sensibilizados para os perigos da doença e os benefícios da vacina.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite devem apoiar
	Defesa de causa e comunicação	Envolvimento dos principais influenciadores e principais interessados (incluindo políticos, religiosos, líderes comunitários, celebridades) para prover acesso a comunidades de difícil acesso Desenvolvimento de um plano especial de comunicação de crise para abordar rumores em caso de resistência à vacinação e ações de resposta rápida a eventos adversos após a vacinação.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite devem apoiar
		Fornecer orientação para as autoridades governamentais mais altas (por exemplo, memorando do gabinete ou informe presidencial) e outros parceiros estratégicos importantes necessários para uma resposta bem-sucedida (ministérios relevantes, parlamentares, líderes políticos/religiosos/cívicos, parceiros de saúde e ONGs no epicentro).	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	
	Comunicação	Realizar um informe de acompanhamento dos planos e propostas para resposta ao surto para a mídia.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e escritório regional e sede do UNICEF devem apoiar
C4D, mobilização social e comunicação	Compartilhe o conjunto de ferramentas de C4D da poliomielite e uma lista de acordos de longo prazo que o escritório nacional pode usar imediatamente para acelerar as atividades de resposta.		As equipes regionais de resposta à poliomielite e escritório regional e sede do UNICEF devem apoiar	

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Dentro de 72 horas (3 dias) da notificação	C4D, mobilização social e comunicação	Completar o perfil social do caso e o contexto usando ferramentas especiais de investigação do país para orientar a concepção de intervenções de C4D. Autoridades nacionais de saúde e escritório do UNICEF no país.	As equipes regionais de resposta à poliomielite e o escritório regional e a sede do UNICEF devem apoiar	As equipes regionais de resposta à poliomielite e escritório regional e sede do UNICEF devem apoiar
Dentro de 7 dias de notificação	Coordenação e defesa de causa de surtos	Declarar o surto de poliomielite/evento de alto risco como Emergência Nacional de Saúde Pública.	Governo nacional/autoridades de saúde	Com o apoio necessário dos parceiros da GPEI
	Apoio a picos de demanda de recursos humanos	Determinar os requisitos de pico de demanda de recursos humanos com o ORPG com base na classificação e nas necessidades do país.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	O ORPG deve facilitar o apoio de parceiros da GPEI
	Resposta a surtos	Desenvolver um painel de preparação para avaliar a prontidão para a "Rodada 0". Iniciar o rastreamento de atividades (por exemplo, painéis disponíveis para orientação).	Governo Nacional/autoridades de saúde. As representações da OMS e do UNICEF nos países devem apoiar	
	Aprimoramento da vigilância	Iniciar as atividades de aprimoramento da vigilância (Ver orientação detalhada no capítulo 7): Notificar e sensibilizar os profissionais de saúde das unidades de vigilância nacionais e subnacionais sobre os requisitos de notificação. Implementar atividades complementares de busca de casos de PFA. Analisar e reclassificar os sites de notificação na rede de vigilância ativa de PFA. Garantir que o laboratório nacional esteja envolvido no planejamento de surtos para garantir o fortalecimento da capacidade. Aumentar a frequência de amostragem ambiental de locais já existentes, sempre que possível e apropriado.	Autoridades nacionais de saúde, com representação da OMS no país	Os parceiros da GPEI devem apoiar
	Defesa de causa e comunicação	Desenvolver um plano de defesa de causa externo para garantir o compromisso político de alto nível do país afetado e complementar os esforços de defesa de causa no país.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	ORPG, escritórios regionais e sede da OMS/UNICEF
	Defesa de causa e comunicação	Os diretores regionais da OMS e do UNICEF devem escrever ao ministro da Saúde destacando a emergência e o total apoio dos representantes e organizações do país para orientação e apoio.	As representações da OMS e UNICEF no país devem facilitar	Diretores regionais da OMS/UNICEF, em coordenação com o Comitê de Estratégias da GPEI
	Comunicação	Iniciar o desenvolvimento de um relatório de situação conjunto da OMS/UNICEF (SITREP) para atualizar os parceiros da GPEI semanalmente sobre o progresso das atividades de investigação, planejamento e resposta (modelo disponível para orientação).	Representações da OMS e do UNICEF nos países	Com o apoio de equipes regionais de resposta à poliomielite e escritórios e sedes regionais da OMS/UNICEF
	Comunicação	Informar a comunidade de doadores mais ampla sobre a notificação do poliovírus e a situação das atividades de resposta à poliomielite, incluindo imunização e vigilância.	Representações da OMS e do UNICEF nos países com doadores e meios de comunicação no país	

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Dentro de 7 dias de notificação	Comunicação	Finalizar o conjunto de protocolo de mídia com mensagens-chave, produzir sumários para a mídia e outros produtos de comunicação relevantes para o surto para uso local e regional/global.	Autoridades nacionais de saúde com escritório do UNICEF no país	O escritório regional e a sede do UNICEF devem apoiar
	Comunicação	Iniciar o informe semanal para a mídia sobre o plano de resposta e a situação das atividades de imunização e vigilância.	Autoridades nacionais de saúde com escritório do UNICEF no país	
	Situações de emergência complexas (se aplicável)	Iniciar o desenvolvimento de um plano de acesso, incluindo: Mapeamento dos líderes comunitários, atores-chave, partes interessadas e identificação de influenciadores. Planejamento de estratégias para pontos de vacinação permanentes/de trânsito em torno das áreas inacessíveis. Planejamento de estratégias de vacinação oportunista para atingir populações em áreas inacessíveis.	Autoridades nacionais de saúde com apoio do UNSS	Equipes regionais de resposta à poliomielite, escritório regional da OMS
	Coordenação de parceiros	Iniciar a coordenação de parceiros com outras agências das Nações Unidas e humanitárias em campo.	Escritórios da OMS no país	Equipes regionais de resposta à poliomielite
Dentro de 14 dias de notificação	Plano e orçamento de resposta a surtos	Finalizar o plano de resposta a surtos e o orçamento de seis meses (ver o modelo e os POPs de orçamento desenvolvidos pelo ORPG para orientação e cronograma); a equipe do país deve finalizar dentro de uma semana.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	O ORPG deve coordenar a análise e feedback dos parceiros da GPEI
	Plano e orçamento de resposta a surtos	Iniciar o monitoramento da atividade do plano de resposta a surtos para acompanhar a implementação (por exemplo rastreador, painel).	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	
	Coordenação de parceiros	Estabelecer uma reunião semanal com as principais partes interessadas no país para coordenar e monitorar a implementação do plano de resposta ao surto.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	
	Plano de operações de resposta a surtos	Iniciar o desenvolvimento do macroplano de operações nacionais da "Rodada 0" detalhando estratégia, estrutura de coordenação, vacinas, logística, recursos humanos, supervisão, mobilização social, necessidades de comunicação e treinamento etc. Analisar o macroplano da SIA 1/SIA 2 subsequente e a rodada de <i>mop-up</i> (limpeza) adicional	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	Equipes regionais de resposta à poliomielite
	Desenvolvimento de microplanos	Desenvolver ferramentas e treinamento para desenvolvimento de microplanos da "Rodada 0", detalhando estratégias, estrutura de coordenação, vacinas, logística, recursos humanos, supervisão, mobilização social, necessidades de comunicação e treinamento etc. (Boa prática para microplanejamento disponível para orientação.) Analisar os microplanos da SIA 1/SIA 2 subsequente e a rodada de <i>mop-up</i> (limpeza) adicional.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	Equipes regionais de resposta à poliomielite
	C4D, mobilização social e comunicação	Implementar o plano de defesa de causa e comunicação para envolver todas as partes interessadas relevantes em nível nacional e subnacional nas atividades de resposta a surtos.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e ORPG devem facilitar o apoio de parceiros

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Dentro de 14 dias de notificação	Comunicação	Garantir que o relatório conjunto de situação da OMS/UNICEF (SITREP) seja gerado e distribuído entre os parceiros.	Representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite devem fornecer apoio
	Situações de emergência complexas (se aplicável)	Iniciar processo para preenchimento de vagas em áreas infectadas e de alto risco.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	O escritório regional da OMS/UNICEF deve fornecer apoio
		Implantar um agente de segurança de campo.	Governo nacional/autoridades de saúde	O escritório regional e a sede da OMS devem prover apoio técnico
		Implementar plano de acesso (exemplos de estratégias listadas abaixo): Envolver os líderes comunitários e os influenciadores identificados. Negociar o acesso por meio de atores-chave, influenciadores e partes interessadas. Implementar estratégias de pontos de vacinação permanentes/de trânsito em torno das áreas inacessíveis. Implementar estratégias de vacinação oportunistas para alcançar populações em áreas inacessíveis.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	Equipes regionais de resposta à poliomielite e escritório regional da OMS
Imunização	Dentro de 14 dias, implementar a resposta de imunização “Rodada 0”.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países		
	Gerenciamento de vacinas	Para resposta VOP2, garantir um gerenciamento abrangente de todos os frascos. São necessários monitoramento e relatórios detalhados dos frascos entregues, recuperados, restantes e não contabilizados no final de cada atividade de imunização. (Ver a orientação de gerenciamento de vacinas).	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e o escritório e a sede regional do UNICEF devem fornecer apoio
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75-90 dias)	Finanças	O ORPG deve dar endosso ao plano e orçamento de resposta ao surto (dentro de 20 dias) e iniciar mecanismos para liberar fundos. Dentro de 28 dias, os fundos devem estar disponíveis no país.	As equipes nacionais da OMS e UNICEF devem preparar e apresentar o orçamento	As equipes regionais de resposta à poliomielite e ORPG devem facilitar os processos de análise e aprovação
	Preparação para monitoramento	Desenvolver painéis de monitoramento de preparação da SIAs a serem usados para avaliar a prontidão da SIAs em nível nacional e subnacional.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	
	Preparação para monitoramento	Conduzir avaliações de prontidão duas semanas, uma semana e três dias antes da implementação da SIA para orientar o apoio técnico direcionado para a garantia da qualidade da SIA.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	
	Monitoramento de defesa de causa	Acompanhar a implementação dos planos de defesa de causa internos e externos. Tomar nota das intervenções bem-sucedidas e comunicar outras necessidades às equipes regionais de resposta à poliomielite e ao ORPG.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e ORPG devem facilitar o apoio dos parceiros da GPEI

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75-90 dias)	Monitoramento da imunização	Estabelecer monitoramento de campanha para SIAs: Supervisão Monitoramento independente (intra e pós-campanha). Reuniões diárias de análise (desempenho da equipe, relatórios diários). Amostragem de garantia de qualidade do lote (LQAS). Análises da SIA, incluindo recusas de vacinas, questões relacionadas à desconfiança etc.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e escritórios e sedes regionais da OMS/UNICEF devem fornecer apoio
	Comunicação de monitoramento	Estabelecer o monitoramento das intervenções de comunicação.	Autoridades nacionais de saúde com escritório nacional da OMS e UNICEF	As equipes regionais de resposta à poliomielite e escritório/sede regional do UNICEF devem fornecer apoio
	Desenvolvimento de microplanos	Desenvolver ferramentas e treinamento para desenvolvimento de microplanos detalhando estratégias, estrutura de coordenação, vacinas, logística, recursos humanos, supervisão, mobilização social, necessidades de comunicação e treinamento etc.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite devem fornecer todos os documentos de orientação regional/global
	Treinamento	Realizar treinamentos de profissionais da linha de frente (vacinadores, supervisores e mobilizadores sociais) em habilidades técnicas, comunicação e habilidades interpessoais nas áreas-alvo da SIA 1 e SIA 2.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	
	Gerenciamento de informações	Entrar em contato com os gestores de dados do país para identificar e resolver problemas de formato e integridade de dados.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	Escritório regional da RRT/IMST/OMS
	Gerenciamento de vacinas	Avaliar a capacidade da cadeia de frio e as capacidades de gerenciamento de vacinas e adotar medidas urgentes para preencher as lacunas antes da SIA 1.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	O escritório regional e a sede do UNICEF devem fornecer apoio
	Coordenação de parceiros	Realizar reuniões regulares de doadores e atividades de defesa de causa.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	
	Coordenação de parceiros	Garantir uma discussão aprofundada e alinhamento com outros parceiros de saúde para considerar intervenções adicionais ao lado da VOP, como fornecer vitamina A e comprimidos de desparasitação, sempre que possível, particularmente para surtos de tipo 1 e 3. (A integração para surtos do tipo 2 somente deve ser cogitada em caráter excepcional.).	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e o ORPG devem fornecer apoio
Imunização	Implementar atividades de imunização subsequentes (SIA 1, SIA 2, rodada de mop-up (limpeza)) de acordo com o plano de resposta ao surto.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e ORPG devem facilitar o apoio dos parceiros da GPEI	

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75-90 dias)	Imunização	<p>Conduzir atividades para melhorar a qualidade das SIAs a cada rodada subsequente:</p> <p>Triangulação de dados, incluindo: áreas de baixo desempenho, dados sociais sobre recusas/crianças não vacinadas ou outras barreiras sociais observadas, dados de vigilância etc.</p> <p>Realizar treinamento adicional de vacinadores e supervisores sobre habilidades interpessoais.</p> <p>Fortalecer a supervisão, o monitoramento e as reuniões regulares de análise durante a campanha.</p> <p>Iniciar estratégias especiais para alcançar populações não vacinadas, de alto risco ou móveis.</p> <p>Conduzir atividades para melhorar a qualidade das SIAs, incluindo microplanejamento detalhado apoiado por mapeamento GIS, quando apropriado e viável.</p>	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite, o ORPG e os escritórios e sedes regionais da OMS/UNICEF devem fornecer apoio
	Plano de operações de resposta a surtos	Analisar e adaptar o plano de resposta ao surto, incluindo atividades de imunização, vigilância e comunicação para as fases subsequentes. Acompanhar o progresso feito e/ou apoio necessário para fechar quaisquer lacunas restantes.	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite devem apoiar, e o ORPG deve analisar os planos e fornecer recomendações
	Gerenciamento de informações	Garantir que os dados de vigilância, SIA e monitoramento sejam concluídos e enviados aos escritórios e sedes regionais da OMS e UNICEF, de acordo com os prazos acordados (dentro de 14 dias para todas as SIAs e semanalmente para dados de PFA).	Autoridades nacionais de saúde com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países	
	Relatório de vacinas e prestação de contas	Relatórios completos de utilização e prestação de contas de vacinas após cada rodada, incluindo a rodada 0 (ver a orientação de gerenciamento de vacinas).	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e o escritório/sede regional do UNICEF devem fornecer apoio
	Descarte de vacinas	Descarte de frascos de vacina usados e parcialmente usados na resposta de imunização tipo 2. Os frascos não abertos devem ser armazenados com segurança em estoques estratégicos com instalações de controle de acesso até que o surto seja considerado encerrado (ver as orientações de gerenciamento de vacinas).	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e o escritório/sede regional do UNICEF devem fornecer apoio
Até o final do surto	Análise de dados	Analisar e triangular todos os dados para avaliar a imunidade da população, a sensibilidade da vigilância e o progresso no sentido de interromper a transmissão.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e ORPG devem facilitar o apoio dos parceiros da GPEI

Cronograma	Funções	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Até o final do surto	Imunização de rotina, melhoria da cobertura, recuperação e fortalecimento	Garantir o bom funcionamento da “melhoria da cobertura de imunização de rotina” da unidade como parte do COE que estende o apoio à imunização durante o período de resposta ao surto, maximizando o uso da capacidade de pico de demanda para reforçar a gestão do programa, o microplanejamento, a mobilização da comunidade e o monitoramento do desempenho. O COE deve maximizar efetivamente o benefício do apoio por tempo limitado à IR, por meio de ações selecionadas de acordo com os componentes operacionais da abordagem Alcançar Todos os Distritos (RED)* (Ver orientação detalhada no final do Capítulo 7 e na estratégia RED.).	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e UNICEF nos países e recursos para picos de demanda da poliomielite no país	
	Aprimoramento da vigilância	Continuar as atividades de aprimoramento da vigilância (ver o Capítulo 8 para orientação detalhada): Notificar e sensibilizar os profissionais de saúde das unidades de vigilância nacionais e subnacionais sobre os requisitos de notificação. Analisar e reclassificar os sites de notificação na rede de vigilância ativa de PFA.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	Equipes regionais de resposta à poliomielite, ORPG e Grupo de Vigilância (SG)
	OBRA; 3-4 meses	Realizar uma avaliação independente de resposta a surtos (OBRA) (orientação detalhada disponível em OBRA Aide-Mémoire).	As autoridades nacionais de saúde devem facilitar, com o apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	ORPG, em coordenação com as equipes regionais de resposta à poliomielite
	Acompanhamento de OBRAs e análises documentais	A análise documental do programa de acompanhamento será realizada de 6 a 9 meses a partir do último isolado detectado, ou conforme apropriado às circunstâncias. Surtos prolongados podem exigir OBRAs intermediárias ou análises documentais. Em situações em que a avaliação presencial não for possível (incluindo as limitações relacionadas à pandemia da COVID-19), podem ser cogitadas OBRAs virtuais e análises documentais.	As autoridades nacionais de saúde devem facilitar, com o apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	ORPG, em coordenação com as equipes regionais de resposta à poliomielite
	Análise da pontuação – 3 meses	Uma análise da pontuação é realizada a cada três meses; se a pontuação mudar, a resposta será adaptada de acordo.		O escritório regional da OMS (Poliomielite e WHE) deve coordenar, a Sede da WHE deve classificar em consulta com a sede da POL da OMS e o escritório regional
	Lições aprendidas	Documentar a resposta e compartilhar as lições aprendidas.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio das representações da OMS e do UNICEF nos países	As equipes regionais de resposta à poliomielite e ORPG devem fornecer contribuições

Anexo 3: Lista de verificação de gênero para resposta ao surto de poliomielite

Recursos humanos e operações

O recrutamento equilibrado de mulheres e homens em todos os aspectos da resposta a surtos em todos os níveis e funções, tanto técnicos quanto operacionais (inclusive em funções de liderança), é garantido por meio de medidas específicas (como cotas e políticas de RH)

A participação significativa das mulheres nas atividades de surtos em todos os níveis e em diferentes funções é ativamente incentivada

Um orçamento adequado deve ser alocado para apoiar as atividades de integração de gênero e especialização em gênero

Todos os funcionários que trabalham na resposta a surtos em todos os níveis e em diferentes funções concluíram um treinamento obrigatório sobre Prevenção de Exploração e Abuso Sexuais (PSEA)

Uma política de tolerância zero sobre discriminação, abuso e assédio sexuais ou qualquer má conduta é mantida, e um mecanismo funcional de denúncia e apoio está em vigor

Partes interessadas e participação

Grupos de mulheres, organizações de mulheres locais/redes de base/associações/OSCs e líderes são consultados em diferentes estágios do planejamento, da implementação, do monitoramento e da avaliação da resposta a surtos

Coleta e análise de dados

Dados desagregados por sexo são coletados, analisados e usados para orientar as intervenções durante a resposta ao surto (incluindo monitoramento pós-campanha de IM/LQAS)

Os dados desagregados por sexo são usados em todos os relatórios de situação, orientações, notificações e apresentações da resposta a surtos

Indicadores sensíveis ao gênero estão em vigor para monitoramento e avaliação

Capacitação

Existe um mecanismo para garantir que mulheres e homens se beneficiem igualmente de treinamentos e outras atividades de capacitação realizadas durante o planejamento e a implementação da resposta a surtos, identificando as barreiras e desafios específicos enfrentados pelas mulheres

Garantir que todos os funcionários tenham recebido treinamento sobre a abordagem de tolerância zero da organização para todas as formas de assédio, abuso e exploração sexuais e sejam informados sobre os mecanismos e sistemas de apoio disponíveis para denunciar assédio e má conduta

Comunicações/C4D

Coletar, analisar e usar dados desagregados por sexo e idade, e também por outros fatores, como etnia, deficiência, origem socioeconômica, urbano/rural/local de residência, em análises de situação de envolvimento comunitário e mobilização social, avaliações e todos os planos de intervenções de comunicação de modo a identificar e abordar as barreiras relacionadas ao gênero

Consultar e garantir equidade na participação significativa de diversas mulheres e homens no desenho, na testagem e na provisão de ferramentas e materiais de divulgação (como cartazes, folhetos, mensagens de rádio, SMS, anúncios de TV)

Garantir que todos os materiais de comunicação levem em consideração os diferentes níveis de alfabetização de mulheres e homens nas comunidades, garantindo que o conteúdo dos materiais/mensagens e canais de distribuição sejam adaptados às suas necessidades e preferências

Identificar e trabalhar com os principais influenciadores nas comunidades, incluindo grupos de mulheres, redes de base e organizações comunitárias, bem como outros influenciadores de opinião (com base na análise de contexto)

Garantir que o conteúdo, o desenho e o visual dos materiais, mensagens e intervenções para a poliomielite desafiem normas, papéis e estereótipos de gênero prejudiciais

Abordar as barreiras identificadas para que mulheres e homens acessem ou participem de atividades planejadas de divulgação da poliomielite (por exemplo, providenciando transporte para que as mulheres possam participar de uma reunião da comunidade sobre informações sobre a poliomielite)

Garantir equipes de mobilização social e envolvimento da comunidade com equilíbrio de gênero, bem como outros grupos e eventos relacionados à comunicação sobre poliomielite

Garantir que todos os mobilizadores sociais sejam treinados na abordagem de tolerância zero da organização para todas as formas de assédio, abuso e exploração sexuais, e sejam informados sobre os mecanismos e sistemas de apoio disponíveis para denunciar assédio e má conduta

Visar homens e mulheres como cuidadores em todas as atividades relacionadas à poliomielite, incentivando o aumento da participação dos homens nos cuidados com as crianças

**EVERY
LAST
CHILD**



ISBN: 978-92-75-72625-9



9 789275 726259